

tbv 7

Jaargang 24
september 2016

Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

ZEEPKIST

Samenwerking is noodzakelijk

OPINIE

Definitief einde van het biomedische ziektebegrip?

CONGRESVERSLAG

De toekomst van TBV

VOOR DE PRAKTIJK

Publiek en privaat: te veel twee uitersten?

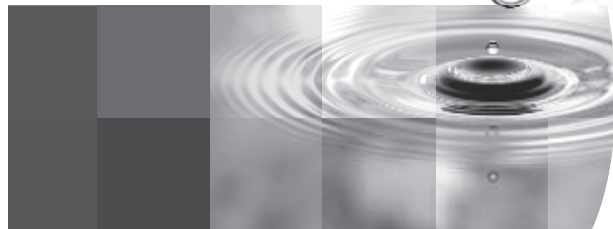
INTERVIEW

Back tot basic in de verzekeringsgeneeskunde

www.tbv-online.nl

Stichting tot Bevordering der
Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde
Bohn Stafleu van Loghem

We teach...



METEN VAN WERKVERMOGEN

6 oktober 2016, Amsterdam

INTERCULTURELE COMMUNICATIE BIJ VERZUIM EN RE-INTEGRATIE

12 oktober 2016, Utrecht

HANDREIKING AAN BEDRIJFSARTSEN: ADVISEREN AAN ORGANISATIES

17 oktober 2016, Utrecht

EPILEPSIE EN WERK

2 november 2016, Utrecht

NASCHOLING VOOR KEURINGSARTSEN SCHEEPVAART

3 november 2016, Utrecht

JURIDISCHE ASPECTEN VAN ARBEID EN GEZONDHEID

4, 11 en 25 november en 9 december 2016, Utrecht

RET EN MINDFULNESS, KORTE COGNITIEF-GEDRAGSTHERAPEUTISCHE INTERVENTIES

7 en 21 november 2016, Utrecht

EFFECTIEF OMGAAN MET ARBEIDSCONFLICTEN BIJ ARBO- EN VERZUIMBEGELEIDING

9 november 2016, Utrecht

INTERPRETATIE VAN LABORATORIUMUITSLAGEN BIJ KEURINGEN EN PERIODIEK MEDISCH ONDERZOEK

9 november 2016, Utrecht

NIEUW

TRANSITIE VAN JEUGDGEZONDHEIDSZORG NAAR BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG

Topclass Arbeid en Gezondheid

12 december 2016, Amsterdam

...en nóg 170 modules!

Bekijk het volledige bij- en nascholingsaanbod op www.nspoh.nl. Of vraag de brochure aan.



NSPOH
we teach health



De NSPOH wil een waardevolle bijdrage leveren aan de verbetering van de volksgezondheid, de arbeidsomstandigheden en participatie in Nederland. Dit doen wij door professionals kwalitatief goed en vraaggestuurd op te leiden voor de hedendaagse praktijk van public en occupational health. Wij ontwikkelen en organiseren opleidingen, bij- en nascholing, in-company programma's en symposia op academisch en post-hbo niveau.

BOHN STAFLEU VAN LOGHUM ZOEKT PANNELLEDEN VOOR ONLINE ONDERZOEK DOET U MEE?



BSL  Gezondheidszorgpanel

- Deel uw professionele mening
- Ontdek hoe collega's naar hun vak kijken
- En maak kans op leuke prijzen

Meld u nu aan voor ons panel via www.bsl.nl/panel



Meer informatie op www.bsl.nl/panel

De Arbodienst zoekt voor meerdere regio's: Ervaren bedrijfsartsen

...met het hart van een medicus
en de passie van een adviseur.

In de tango lijken twee partners hun eigen weg te gaan, maar in de harmonie ontstaat iets moois. De analogie is duidelijk: een bedrijfsgeneeskundig adviseur voelt en stuurt de werkgever aan, zonder de eigen regie te beïnvloeden, werkt samen en coacht. Kunt u schakelen tussen de dubbelrol van zakelijk adviseur en medicus? Reageer dan vandaag nog!

Wij bieden u:

- Volop mogelijkheden om u vanuit uw geneeskundige achtergrond te ontwikkelen tot topadviseur.
- Uitstekende faciliteiten en een concurrerend aanbod.
- Een veelzijdig klantenbestand.
- Een ruim scholingsbudget.
- Een multidisciplinaire samenwerking met casemanagers en arbeidsdeskundigen die jarenlang ervaring hebben in het adviseren van organisaties naar en binnen het eigen regiemodel.

Interesse in een overstap?

Mail uw motivatie met CV ter attentie van Silvia Danenberg naar:
vacatures@de-arbodienst.nl

DE ARBODIENST®

Kijk voor een uitgebreid profiel op www.de-arbodienst.nl.

Toekomst

Wim Otto



Op 1 juli was het dan zover. André Weel droeg het stokje van het hoofdredacteurschap van TBV officieel aan mij over. Het was een mooi moment waarop alle redacteurs op persoonlijke wijze afscheid van André hebben genomen. André blijft overigens als medewerker aan dit blad verbonden. En in die rol heeft hij al met voortvarendheid een klus opgepakt: de rubriek Referaten wordt weer tot leven gebracht.

De ontwikkeling van TBV heeft de laatste jaren niet stilgestaan. Ons blad heeft binnen onze beroepsgroepen zeker een plaats verworven. Toch klinkt ook alom de roep om verdere vernieuwing. Om er een paar te noemen: brugfunctie tussen wetenschap en praktijk moet voorop staan; meer plaats voor de uitvoeringspraktijk, korter, met meer directe relevantie; meer dynamiek door discussie onder lezers te stimuleren; opiniemakers een plaats geven; moderner uiterlijk met meer beeld; maar ook: slim gebruik maken van de digitale middelen. Voor mij is een spannende tijd aangebroken. In hoeverre zijn al deze vernieuwingsideeën cruciaal om als TBV je bestaansrecht te houden – en liefst meer dan dat? Daarover zijn we als redactie volop met elkaar in gesprek. We hebben een begin van een toekomstvisie. Zodra die verder is uitgewerkt gaan we die met u als lezer delen. Een tip van de sluier lichten we alvast op in dit nummer. Tijdens de Invitational Conference van 22 april jl. werden ideeën voor de toekomst van TBV in soms felle discussies uitgewisseld. Het verslag laat zien dat het proces van visieontwikkeling nog bepaald niet is afgerond. Het zou mooi zijn als in dat proces alvast wat dynamiek ontstaat tussen u en de redactie. Ik fungeer als postbus: TBV.Otto@gmail.com.

De toekomst is dus begonnen, maar ziet u dat er nu aan af in dit nummer? Nee, dat is niet van de ene op de andere dag gerealiseerd. We gaan het kind ook niet met het badwater weggooien.

Wat in ieder geval een vaste plek heeft veroverd is het maandelijks interview. Onze lezers hebben daar veel waardering voor. Er is veel te doen op sociaal geneeskundig gebied en we laten ons graag inspireren door degenen die daar middenin staan. Dit keer is Marc Du Bois onze gast. Sommigen van u kennen hem al, bijvoorbeeld van zijn presentatie tijdens één van de parallelsessies op het afgelopen TBV-congres. Hij is de nieuwe hoogleraar

verzekeringsgeneeskunde in België, aan de Katholieke Universiteit Leuven. Ook hij ontkomt niet aan de vraag wat zijn plannen zijn voor de toekomst. Zijn invalshoek is me uit het hart gegrepen: naast de aandacht voor re-integratie binnen de verzekeringsgeneeskunde is ook de evaluatie belangrijk. Wat mij betreft de kern van de verzekeringsgeneeskunde.

Jerry Spanjer noemt dat puzzelen in zijn column. Schoenmaker blijf bij je leest, is zijn boodschap. Nooit gedacht dat een tegeltjeswijsheid zo kernachtig de visie op de essentie van het verzekeringsgeneeskundig vak kan onderstrepen. Jerry en ik blijven dus gewoon puzzelen. Maar wilt u, als praktiserend verzekeringsarts, ook puzzelen? Behoort u tot misschien wel de overgrote meerderheid die een geheel andere visie heeft? TBV geeft u graag de ruimte om uw visie in de rubriek Zeepkist te verwoorden. De postbus is u bekend.

De aandacht in de rubriek onderzoek gaat dit keer uit naar de Ziektewet. Misschien wel één van de moeilijkste beoordelingen voor verzekeringsartsen werkzaam bij UWV. Het gaat om mensen die vaak al met één been buiten het arbeidsproces staan. Terugkeer naar werk is voor velen binnen deze groep zogeheten vangnetters niet makkelijk – zij hebben vaak geen werkgever. Maar het is ook niet de bedoeling dat deze mensen voor de WIA worden voorgesorteerd. Hoe zorg je ervoor dat cliënten tevreden zijn over het gesprek met de verzekeringsarts? Sandra Erends en Jerry Spanjer hebben het onderzocht en stellen vast dat communicatiegedrag en bejegening de belangrijkste te beïnvloeden factoren zijn.

Bevat dit nummer, met een verzekeringsarts als hoofdredacteur, nu ineens vooral artikelen op het verzekeringsgeneeskundig vakgebied? Dat is niet de bedoeling en ook niet het geval. Lees bijvoorbeeld het artikel van Toine Lagro in de rubriek Opinie. Neutraliteit bestaat niet in de geneeskunde, is haar boodschap. Zij knoopt de begrippen sekse- en genderblindheid en objectieveerbare neutraliteit aan elkaar in een pleidooi voor vervanging van het biomedisch ziekteconcept.

Zeker binnen de sociale geneeskunde is dat vervangingsproces al geruime tijd gaande. De ICF is als het ware de belichaming van het biopsychosociale model. Hoe we daar in de uitvoeringspraktijk invulling aan kunnen geven

was een belangrijk aandachtsgebied tijdens het EUMASS-congres in juni. Een impressie van wat er nog meer ter sprake kwam leest u in het verslag. Ook de congresverslagen blijven een belangrijk vast onderdeel van TBV. In kort bestek passeren daarmee actuele onderwerpen de revue. Door links naar relevante websites te vermelden maken we het u makkelijk om u verder in een onderwerp te verdiepen.

Ook al kan het misschien beter of uitgebreider, er is wel degelijk plek voor de uitvoeringspraktijk. We zijn bijvoorbeeld al weer toe aan de vijfde 'Good practice', dit keer van de hand van Liesbeth Verheugd. Zij beschrijft wat de bijdrage van een bedrijfsarts kan zijn – en misschien wel behoort te zijn – in geval een werknemer open tbc blijkt te hebben. Essentieel is daarbij een goede samenwerking tussen werkgever, werknemers en de bedrijfsarts. Om die samenwerking tot stand te brengen is de opstelling van de bedrijfsarts cruciaal.

Tuchtzaken en tuchtrecht lijken de laatste jaren meer in de belangstelling te zijn gekomen. Hoe komt dat? Voor zover ik vanuit de verzekeringsgeneeskunde kan overzien is er niet sprake van een belangrijke stijging van het aantal tuchtzaken. Toch hoor ik regelmatig geluiden in de trant van: 'dat moet je niet zo doen, want dat kan tot een tuchtzaak leiden'. Ik bespeur twee dingen: de neiging tot een defensieve opstelling en de opvatting dat het tuchtrecht de professionele variant van het strafrecht is. Dat laatste is niet het geval en ik ben blij dat collega's die in de tuchtcolleges zitting hebben dit ook uitdragen. Het tuchtrecht is bedoeld om, als individu en als collectief, te leren. Dat is ook het doel van publicatie en bespreking van tuchtzaken in TBV. Des te interessanter is het dat de zwaarte van de opgelegde maatregel in recente veroordelingen mede werd bepaald door het gebrek aan een

'leerbare' opstelling van de veroordeelde. In TBV 6 ging het om een verzekeringsarts, deze editie is de casus van een bedrijfsarts aan de orde.

Tot slot nog even terug naar de toekomst. Prognosestelling is hét onderwerp van zowel het veertiende TBV-congres als ook het TBV-themanummer 2016.

Evenals vorig jaar zullen congres en themanummer elkaar aanvullen. Het themanummer, dat in december verschijnt, zal de verschillende aspecten van de prognosestelling binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde uitgebreid en diepgaand behandelen.

Het congres moet u zien als een niet te missen aftrap. Zeker voor degenen die zich niet alleen graag laten informeren, maar ook de dialoog zoeken. Prognosestelling is een lastig onderwerp, zowel medisch en sociaal geneeskundig gezien als ook maatschappelijk. Dat laatste vanwege de consequenties voor verzuimduur, re-integratie en uitkering. Bij uitstek een onderwerp waar het gesprek met vakgenoten van eminent belang is. Het TBV-congres zal u die gelegenheid ruimschoots bieden.

Omdat verzekeringsartsen zich in het kader van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling moeten beperken tot de belastbaarheid is de samenwerking en afstemming tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen er niet eenvoudiger op geworden. Bedrijfsartsen zullen bij hun begeleiding in het kader van de re-integratie immers ook rekening moeten houden met externe en persoonlijke factoren, die een belemmerende werking (kunnen) hebben. Vanuit de verschillende onderwerpen rondom de prognosestelling die tijdens het congres aan bod komen biedt het congres de mogelijkheid over die verschillende invalshoeken met elkaar in gesprek te gaan.

De redactie beveelt het congres dan ook van harte bij u aan. Meer informatie vindt u in de brochure die bij dit nummer is gevoegd.

hoofredactioneel	Toekomst	303
zeepkist	Beoordelen doe je samen	306
lezersforum	Bijdrage aan de discussie over problemen bij de implementatie van <i>evidence-based medicine</i> richtlijnen	308
	Repliek	309
onderzoek	Tevredenheid over het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts in de Ziektewet <i>Sandra Erends, Jerry Spanjer</i>	310
onderzoek in het kort	Visies van stakeholders op de uitvoering van een nieuw bege- leidingsprogramma voor vangnetters met psychische klachten	316
column	Puzzelen of participeren? <i>Jerry Spanjer</i>	317
voor de praktijk	De bedrijfsarts: steun in onzekere tijden? <i>Jeannet Kant</i>	318
	Een publieke en private kijk op traumatisch hersenletsel na een bedrijfsongeval <i>Ingrid Snels, Carla Lelieveld</i>	320
	Good practices (5) Open tbc in een attractiepark <i>Liesbeth Verheugd</i>	323
opinie	De mythe van de neutraliteit in de geneeskunde <i>Toine Lagro-Janssen</i>	324
proefschriftbespreking	Franka Waterschoot: Nice to have or need to have? Unraveling dosage of pain rehabilitation	327
congresverslag	‘Is werken gezond?’	328
	NVAB Bedrijfsgeneeskundige Dagen 2016	330
	EUMASS 2016	332
	TBV: we werken aan de toekomst van het blad!	335
interview	Marc Du Bois. Back to basic: Belgisch toekomstplan voor academische verzekeringsgeneeskunde <i>Rolf Blijleven, Katrien Mortelmans</i>	336
uitspraken tuchtcollege	Vooringenomen bedrijfsarts berispt <i>Bas Sorgdrager (eindredactie)</i>	342
beroepsziekten	Vroege interventie bij lawaaischade? <i>Bas Sorgdrager</i>	344
van de verenigingen	NVAB	348
	NVVG	349

Beoordelen doe je samen

Geert Koster, Bas Sorgdrager

In TBV 6 van dit jaar is een tuchtaak gepresenteerd waarbij de klacht over een te eenzijdige beoordeling van de belastbaarheid gegrond is. Deze uitspraak is van betekenis voor het handelen van de bedrijfs- en verzekeringsarts.¹ De boodschap uit deze casus is dat bedrijfs- en verzekeringsartsen meerdere informatiebronnen moeten benutten om tot een oordeel te komen. Bovendien is belastbaarheid een dynamisch proces; geen momentopname.² Wij denken dat het beoordelen van de belastbaarheid maatwerk is en oordelen van anderen daarbij moeten worden betrokken. De wijze waarop we dat moeten doen is afhankelijk van het aangeboden probleem. Soms lukt dat op basis van een gesprek waarbij de diagnose, het beloop en dagverhaal voldoende informatie opleveren. Bij langdurig verzuim zal de beoordeling ingewikkelder zijn. Dreigt een traject naar een WIA-beoordeling, dan dienen bedrijfs- en verzekeringsarts tussentijds inhoudelijk met elkaar te overleggen.

Een aantal voorbeelden

Een 60-jarige productiemedewerker in vijfploegendienst heeft een licht CVA gehad. Wanneer je met hem spreekt lijkt hij redelijk alert en adequaat; hij wil zijn werk ook graag behouden. Hij kan zich in een gesprek van 45 minuten prima presenteren. Echter, wanneer hij zich langer dan 45 minuten moet inspannen, treden opeens problemen op: hij wordt dysartrisch, gaat coördinatieproblemen vertonen, wordt onzeker. Hij lost het op door dit weg te lachen, maar zijn collega's maken zich zorgen. Bij geneeskundig onderzoek vallen deze zaken niet op en loopt betrokkene het risico om zonder beperkingen te worden beoordeeld, terwijl zijn werkelijke belastbaarheid maar maximaal vier uur per dag is.

Werkenden met niet-aangeboren hersenletsel worden vaak onvoldoende beoordeeld tijdens re-integratie. Als de verzekeringsarts opmerkt bij de WIA-beoordeling dat er nog een kans op relevante verbetering bestaat, is dat meer de wens dan gebaseerd op epidemiologische gegevens.³ Dat houdt echter niet in dat er geen veranderingen meer kunnen optreden in functionele mogelijkheden. Een deel van de patiënten bevindt zich nog in een proces van aanpassing waarbij verbetering van functioneren mogelijk is. Ook op langere termijn kunnen vaardigheden worden aangeleerd. Daarentegen zijn er ook patiënten die op langere termijn slechter gaan functioneren, bijvoorbeeld

door vermoeidheidsklachten of een depressie. In de aanloop naar een WIA-beoordeling is overleg tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts dan ook noodzakelijk, zoals het verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte op pagina 91 expliciet aangeeft.³

Een 45-jarige docent (v) basisonderwijs (0,6 fte) ontwikkelt overbelastingsklachten. Pijnlijke spieren en gewrichten belemmeren optimaal functioneren. Er is sprake van een hoge behoefte voor recuperatie. Een onderzoek bij de reumatoloog levert de diagnose fibromyalgie op. Naast de fysieke kwetsbaarheid ziet de bedrijfsarts dat externe- (inadequate sociale steun) en persoonlijke factoren (passieve copingstijl) een negatieve invloed hebben op het klachtenpatroon.

De prognose is dat een redelijk normale belasting mogelijk is, mits voldoende recuperatie. Voor de begeleiding van mevrouw is het belangrijk perspectief te schetsen. Wij vinden dat de werknemer zelf ook een verantwoordelijkheid heeft om de keuze te maken korter te werken. Bij SOLK is het ongewenst om een definitief oordeel hierover uit te stellen tot twee jaar arbeidsongeschiktheid. Werknemers kunnen voorsorteren op het vaststellen van een urenbeperking, dat afhangt van een individuele verzekeringsarts.⁴ Vroegtijdig overleg tussen bedrijfs- en verzekeringsarts over het einddoel van de re-integratie is noodzakelijk om medicalisering tegen te gaan.

Samenwerking tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen?

De spreiding in beoordelingen van duurbelastbaarheid tussen verzekeringsartsen blijkt groot te zijn, vrijwel onafhankelijk van de gestelde medische diagnose. We verwachten dat de spreiding tussen bedrijfsartsen niet veel anders zal zijn. Bedrijfsartsen hebben het echter makkelijker. Zij volgen de werknemer, zien wanneer terugval optreedt en krijgen regelmatig informatie uit het bedrijf. Bedrijfsartsen kunnen recuperatiebehoefte inschatten en zijn 'gewoon dokters' die hun klinische blik en het pluis/niet-pluis gevoel benutten. Mondeling overleg met de behandelaar levert ook relevante extra informatie op. Bedrijfsartsen moeten beargumenteren waarom re-integratie niet (volledig) is gelukt. Zij vluchten regelmatig in het aanleveren van hele pakken informatie of hele novelles; dit is ongewenst. Samenwerking is noodzakelijk. De

eerstejaarsevaluatie is een mooi moment (het 'opschudmoment'), op indicatie eerder. Goed voor de werknemer en goed voor het imago van de beroepsgroepen.

Literatuur

1. Sorgdrager B. Verzekeringsarts berispt om te veel eigenzinnigheid. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk 2016; 24: 284-285.
2. Sorgdrager B. Arbeidsgeschiktheid is een proces en geen momentopname. Medisch Contact 1998; 45: 1442-1443.
3. Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/05.
4. Spanjer J. Urenbeperking bij SOLK: welke argumenten gebruiken verzekeringsartsen? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk 2016; 24: 200-205.



Bert Cornelius fecit

Bijdrage aan de discussie over problemen bij de implementatie van evidence-based medicine richtlijnen

In het TBV van februari 2016 is opnieuw discussie over evidence-based medicine (EBM) in de bedrijfsgezondheidszorg, en in het bijzonder de problemen bij de implementatie van EBM-richtlijnen opgelaaid.¹ De Commissie Richtlijnontwikkeling en Wetenschap (CROW) van de NVAB is verheugd dat het onderwerp leeft en stof tot denken blijft geven. Wij willen uiteraard graag ook een bijdrage aan deze discussie leveren.

Allereerst wel een kritische noot op het stuk van Nico Plomp waarin wordt geschreven dat professionele richtlijnen gebaseerd zijn op RCT's. Dit is incorrecte informatie. Professionele richtlijnen zijn deels gebaseerd op het beste 'bewijs' dat er is. De NVAB-richtlijnen zijn daarnaast gebaseerd op praktijkervaringen, meningen van deskundigen, ethische overwegingen, kosten, patiëntenperspectief, organisatorische- en juridische aspecten. Er wordt in deze richtlijnen dan ook nadrukkelijk stilgestaan bij de wijze van gespreksvoering, het opbouwen van de relatie, en het belang van vertrouwen winnen, allemaal belangrijke kwaliteiten voor elke professionele bedrijfsarts. De stelling dat er geen richtlijnen zijn over complexe aandoeningen met een onduidelijke etiologie is ook onjuist. Die zijn er wel, zoals de multidisciplinaire richtlijnen over chronisch vermoeidheidssyndroom en *Whiplash Associated Disorder* waarin expliciet aandacht is voor re-integratie en beoordeling door bedrijfs- of verzekeringsartsen.

Graderen van bewijs

Een tweede punt in navolging op bovenstaande, is dat in zijn algemeenheid 'bewijs' binnen richtlijnen vanuit verschillende niveaus kan worden aangeboden. Niet alleen RCT's maar ook ander type studies worden allemaal gezien als 'bewijs' van weliswaar verschillende kwaliteit. Binnen de Cochrane systematische reviews wordt al jaren gebruik gemaakt van het GRADE-systeem waar Nico Plomp terecht heel enthousiast over is. Dat zijn ze bij de Cochrane Collaboration ook. In die zin is het advies om GRADE te gaan gebruiken niet vernieuwend, maar vooral beperkend omdat het slechts gaat om het stuk 'bewijs' binnen de richtlijn die ook uit andere onderdelen bestaat. Tegelijkertijd is de CROW het eens dat het graderen van bewijs binnen de richtlijn uiteraard handig is voor de professional om zo goed te weten hoe 'stevig' dit bewijs is.

In hetzelfde stuk wordt een systeem voorgesteld voor het beoordelen hoe zwaar een richtlijn zou moeten worden opgevolgd afhankelijk van dit graderingssysteem. Nogmaals, hier wordt de waarde van de evidence veel te zwaar aangezet en dit lijkt de CROW zeker niet de weg die we gezamenlijk op moeten gaan om de implementatie te bevorderen. We zouden hier graag het advies van André Weel willen opvolgen uit zijn standpunt.tbv waarin zeer helder wordt aangegeven dat professionele richtlijnen, óók in de bedrijfsgezondheidszorg, te alle tijden slechts richtinggevend zijn, en nooit bedoeld zijn als dwingend handelingsprotocol. Richtlijnen of wetenschappelijke artikelen zijn nooit meer dan een onderdeel van het evidence-based handelen van de arts, die zich daarnaast baseert op zijn of haar expertise, en de

specifieke omstandigheden en wensen van de persoon die tegenover hem of haar zit in de spreekkamer.

Globalize the evidence and localize the decisions

Een punt van terecht zorg bij het 'domweg' volgen van richtlijnen is dat de evidence waar deze richtlijnen zich op baseren veelal ontstaat uit interventie- of cohortstudies van 'gemiddelde' mensen. Er wordt dus nauwelijks tot geen rekening gehouden met de toenemende vergrijzing en de daarmee toenemende multi-morbiditeit, het toenemende aantal migranten, of het toenemende aantal flexwerkers in Nederland. En dat benadrukt nogmaals het feit dat het gebruik van richtlijnen in de praktijk niet meer dan richtinggevend kan zijn. En dat is EXACT wat de idee is geweest van de '*founding fathers*' van evidence-based handelen. In dat opzicht is de strekking van Nico Plomp in zijn Opiniestuk '*Globalize the evidence and localize the decisions*' niet erg vernieuwend. Het idee van het vertalen van de beschikbare evidence vanuit de hele (wetenschappelijke) wereld naar de specifieke situatie die in uw spreekkamer plaatsvindt, is altijd het concept geweest achter evidence-based handelen. Het maakt in die zin dus niet uit of men in Appelscha een evidence-based advies geeft, in Amsterdam of in Sydney.

Richtlijnen en loonsancties

Helaas is de praktijk wel zo dat bedrijfsartsen ervaren dat ze worden afgerekend door het UWV op het wel of niet volgen van professionele richtlijnen bij een onbevredigend re-integratie resultaat. Er wordt dan veelal onvoldoende gekeken naar de specifieke situatie van de werknemer of het beargumenteerd afwijken door de bedrijfsarts van een richtlijn. Het gevolg hiervan is dat richtlijnen, dienend als hulpmiddel voor de professional, worden ervaren als een keurslijf en dit draagt niet bij aan de implementatie. De situatie is enigszins vergelijkbaar met het soms onwenselijke gebruik van richtlijnen door zorgverzekeraars waardoor behandeladviezen van artsen worden tegengesproken.

Ook in het medisch tuchtrecht gaat het erom of de beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven. Waarbij de stand van de wetenschap een weegpunt is, naast hetgeen in de beroepsgroep geldt als norm of standaard. Dit vraagt om een brede afweging. Waarbij het dus niet alleen gaat om de stand van de wetenschap, zoals terug te vinden in een richtlijn. Deze aanpak kan een interessant uitgangspunt zijn om te komen tot een meer evenwichtige toets van het re-integratieverslag. Dit Standpunt van André Weel is een zinvolle bijdrage in de discussie over de loonsanctieproblematiek.

Streven naar een gedeelde visie op passend gebruik van richtlijnen is een relevant onderwerp in de contacten die de CROW heeft met de commissie wetenschap van de NVVG.

Uitdaging

Een specifieke uitdaging voor de bedrijfsarts, niet genoemd in het TBV van februari, is volgens de CROW de in de geneeskunde gaande ontwikkeling om nog veel meer de patiënt zelf, of in ons geval de werkende, mee te laten denken in behandel- of adviesopties ten

aanzien van werkhervatting. Hoewel dit op het eerste gezicht lijkt te schuren met de rol die de bedrijfsarts toebedeeld heeft gekregen binnen het begeleiden van verzuim, en waar hij of zij ook op wordt beoordeeld door derden, is het belangrijk dat deze interessante ontwikkeling ook voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde waar mogelijk wordt vertaald in samenhang met het evidence-based handelen.

Wij hopen dat deze reactie vanuit de CROW bijdraagt aan een nog betere uiteenzetting van de uitdagingen voor de beroepsgroep die meer onderbouwing van het vakgebied ziet als professionele vooruitgang. Uitlatingen over ‘beesten’ in dit verband lijken ons niet bijdragen aan de overigens terechte discussie.

De Commissie Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van de NVAB (CROW)

Literatuur

1. Plomp N. Evidence-based is niet meer wat het is geweest: Op zoek naar nieuwe strategieën voor kennisontwikkeling en kwaliteitsbewaking in de bedrijfsgezondheidszorg. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk 2016; 24: 68-71.

Replik

De bedrijfsarts is geen vooruitgeschoven verzekeringsarts

Allereerst wil ik Jerry Spanjer hartelijk danken voor zijn heldere artikel waarin een aanzet gegeven wordt voor een meer transparante en rechtvaardige beoordeling van een urenbeperking bij SOLK.¹

De laatste twee jaar heb ik SOLK in mijn aandachtsgebied en ik heb inmiddels een soort praktische werkwijzer gemaakt voor mijn collega-bedrijfsartsen binnen mijn arbodienst.

Ik wil daarbij zeker de naam van Rob Hoedeman van Arboned niet vergeten te vermelden. Hij was voor mij de belangrijkste bron van informatie en inspiratie over dit onderwerp en ik heb met name op zijn werk voortgeborduurd.

Deze werkwijzer is door mij ook regelmatig besproken tijdens nascholingen voor collega-bedrijfsartsen over dit onderwerp. Naast diagnostiek, begeleiding en mogelijke interventies komt de vraag: hoe voorkom ik nou een loonsanctie en hoe maak ik mijn dossier RIV proof?, steeds nadrukkelijk aan de orde.

Het gevoel bekruipt mij dan wel eens dat we als bedrijfsartsen steeds meer bezig zijn met onszelf indekken tegen het UWV dan met onze eigenlijke taken: optimaal re-integreren van werknemer en (die sneeuwt al vrijwel helemaal onder): goede arbeidsomstandigheden. Geven we misschien niet thuis bij gevaarlijke stoffen omdat we meer met wetten en regelgeving (poortwachter, loonsanctie) bezig zijn dan met onze corebusiness?

In mijn cursus geef ik altijd aan dat je de casus nog zo goed kan onderbouwen, maar dat dat geen garantie is voor geen loonsanctie: het gaat er maar net om welke verzekeringsarts je treft. Als je een urenbeperking hebt gegeven, dan kan de werkgever getroffen worden door een loonsanctie, waarbij alle argumenten tegen een urenbeperking (zie box 3 in artikel Spanjer) van stal gehaald worden. Als je de werkgever vervolgens kan overreden om bezwaar te maken tegen de loonsanctie, dan moet je maar afwachten in welk ‘kamp’ de verzekeringsarts bezwaar en beroep zich bevindt.

Ik heb zelf geen uitgesproken voorkeur voor de argumentatie pro of contra, maar wat ik wel zou willen is meer rechtszekerheid, niet alleen voor de werknemer maar ook voor de bedrijfsarts!!!

Ik zou er voor willen pleiten om, zolang er nog geen ankerzaken zijn, geen loonsancties meer op te leggen in onderhavige situaties.

Tot slot een bredere suggestie: als oud-verzekeringsarts en al jaren bedrijfsarts die ook zijn collega's ten aanzien van verzekeringsgeneeskundige problematiek adviseert, stel ik vast dat de bedrijfsarts, als het even wat lastiger wordt en de claimbeoordeling een grotere rol gaat spelen, eigenlijk geen partij is voor de verzekeringsarts van het UWV. Ik blijf het een weeffout in het systeem vinden dat een bedrijfsarts aan het einde van het tweede ziektejaar door een verzekeringsarts wordt getoetst op zijn verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming in de eerste twee jaar.

Ik heb de hoop op een snelle oplossing via wet- en regelgeving opgegeven en zou een praktische oplossing willen voorstellen: richt private instellingen op/breidt bestaande private partijen uit, die op verzoek van de bedrijfsarts op enig moment (meestal 8-12 maanden ziekte) de verzekeringsgeneeskundige begeleiding kunnen overnemen. De bedrijfsarts houdt zo de handen vrij, kan zich volledig richten op re-integratie en zijn rol als medisch mediator tussen werkgever en werknemer optimaal blijven vervullen.

De private partij die de verzekeringsgeneeskundige begeleiding overneemt, is bemand door ervaren verzekeringsartsen en stafartsen die volwaardig partij zijn in ‘de strijd’ met het UWV (deskundigen-oordelen, bezwaarprocedures, beroep bij de bestuursrechter). Dit levert waarschijnlijk mooie jurisprudentie op! Door hun professionaliteit verwacht ik overigens veel minder loonsancties en ‘strijd’. Dit is nadrukkelijk geen diskwalificatie van de bedrijfsarts, maar ieder zijn vak en geef de bedrijfsarts weer de ruimte om zijn kerntaken te vervullen. De bedrijfsarts is geen vooruitgeschoven verzekeringsarts.

Ron Gerritsen, voorheen bedrijfsarts KLM Health Services, per 1 juli (vroeg) pensionado met nog steeds interesse in het vak

Literatuur

1. Spanjer J. Urenbeperking bij SOLK: welke argumenten gebruiken verzekeringsartsen? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk 2016; 24: 200-205.

Tevredenheid over het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts in de Ziektewet

Sandra Erends, Jerry Spanjer

Samenvatting

Doel: Doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in 1. de tevredenheid van cliënten over een ziekwetbeoordelingsgesprek met een verzekeringsarts. 2. Of het uitkomen van verwachtingen over het beoordelingsgesprek en de uitkomst daarvan samenhangt met de tevredenheid. 3. Welke factoren verder een rol spelen bij de tevredenheid over het beoordelingsgesprek.

Methode: Middels vragenlijstonderzoek werden gegevens verzameld voor en na het beoordelingsgesprek. 133 van de 292 benaderde cliënten (45,5%), die voor een eerste ziekwetbeoordelingsgesprek bij de verzekeringsarts kwamen, retourneerden de vragenlijsten.

Resultaten: Het gemiddelde tevredenheidscijfer was 7,4 over alle respondenten ten aanzien van het ziekwetbeoordelingsgesprek en in totaal was 83% tevreden. Het uitkomen van verwachtingen over het beoordelingsgesprek blijkt niet van invloed te zijn op de tevredenheid. Belangrijke factoren die een rol spelen bij de tevredenheid zijn de uitkomst van het beoordelingsgesprek, de bejegening door en het communicatiegedrag van de verzekeringsarts.

Conclusie: Aangezien de uitkomst van de beoordeling vaststaat zijn communicatiegedrag en bejegening de belangrijkste te beïnvloeden items. Aanbeveling is te onderzoeken welke individuele verzekeringsartsen op dit gebied extra training zouden kunnen gebruiken.

Ziektewet, Tevredenheid, Vangnetpopulatie, Communicatie, Verzekeringsarts

Wanneer werknemers zich ziek melden bij hun werkgever beoordeelt de bedrijfsarts de arbeidsongeschiktheid en begeleidt de werknemers tijdens re-integratie. Voor mensen zonder werkgever, zoals zelfstandig ondernemers, mensen in de WW en uitzendkrachten, beoordeelt en begeleidt de verzekeringsarts van het UWV. De Ziektewet (ZW) fungeert tevens als vangnet voor mensen die ziek uit dienst treden en voor vrouwen die ziek zijn als gevolg van zwangerschap of bevalling. Wanneer deze 'vangnetters' zich ziek melden worden zij

door een verzekeringsarts van het UWV op het spreekuur gezien. De verzekeringsarts beoordeelt dan of er sprake is van arbeidsongeschiktheid voor hun arbeid door ziekte of gebrek. Wanneer dit het geval is heeft de cliënt recht op een Ziektewet-uitkering van het UWV.¹

Een beoordelingsgesprek met een verzekeringsarts is belangrijk voor cliënten, omdat er veel vanaf hangt, zowel financieel als emotioneel. Het is voor een verzekeringsarts belangrijk dat cliënten tevreden zijn over het beoordelingsgesprek. Tevreden cliënten volgen mogelijk eerder de adviezen van de verzekeringsarts op en werken mogelijk eerder actief mee aan re-integratie. Wanneer cliënten tevreden zijn over het beoordelingsgesprek kan dit mogelijk ook een positieve invloed hebben op hun psychisch welbevinden, wat op zich weer een katalyserend effect kan hebben op de activatie van de cliënten en hun re-integratieproces. Tevreden cliënten zullen waarschijnlijk ook minder klachten indienen en minder vaak bezwaar maken. Bovendien kan het leiden tot meer werkplezier van verzekeringsartsen. Uit onderzoek blijkt dat een aantal factoren samenhangen met de tevredenheid. Naast de uitkomst van het beoordelingsgesprek^{2,3,4} zijn cliënten tevredener wanneer zij van mening zijn dat de verzekeringsarts:

- een goede uitleg geeft^{5,6}
- goed luistert^{2,5,6,7}
- hen serieus neemt^{3,5}
- voldoende tijd neemt voor het gesprek^{7,8}
- op de hoogte is van de medische voorgeschiedenis⁵
- voldoende kennis heeft²
- begrip heeft voor de persoonlijke situatie^{2,4,5}

Bovenstaand onderzoek heeft voornamelijk plaatsgevonden bij beoordelingsgesprekken voor de WAO en de WIA. De aard van een beoordelingsgesprek in het kader van de ZW is echter anders. Bij een WAO- of WIA-beoordeling wordt de be-

S. Erends en J. Spanjer zijn verzekeringsarts bij UWV.

Correspondentieadres:
sandra.erends@uwv.nl

lastbaarheid van cliënten vastgesteld, maar bij een ZW-beoordelingsgesprek worden cliënten direct op de hoogte gebracht van de consequenties hiervan. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de ZW beëindigd wordt, of dat er bepaalde activiteiten van cliënten verwacht worden, zoals het starten van re-integratieactiviteiten. Dergelijke consequenties kunnen van invloed zijn op de tevredenheid van cliënten ten aanzien van het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts.

In Nederland is tot nu toe nog weinig onderzoek verricht naar de tevredenheid van cliënten ten aanzien van een ZW-beoordelingsgesprek met een verzekeringsarts. Wel bleek uit het klanttevredenheidsonderzoek van 2005 dat cliënten die i.h.k.v. de ZW contact hadden gehad met een verzekeringsarts, dit contact met een voldoende beoordeelden (6,5 op een schaal van 10).⁸

Mogelijk zijn verwachtingen die cliënten hebben voorafgaand aan een beoordelingsgesprek en het uitkomen van deze verwachtingen tijdens het beoordelingsgesprek ook van invloed op de tevredenheid. Van Huffelen heeft in het kader van de WAO onderzoek gedaan naar een dergelijk verband. Er kon geen verband tussen de tevredenheid van cliënten en de verwachtingen vooraf omtrent een lichamelijk onderzoek en de duur van het onderzoek worden aangetoond.⁶

In dit onderzoek staan de volgende vragen centraal:

1. Hoe tevreden zijn cliënten over het ZW-beoordelingsgesprek met een verzekeringsarts?
2. Is er een verband tussen de tevredenheid en het uitkomen van verwachtingen over het beoordelingsgesprek en de uitkomst daarvan?
3. Welke factoren hangen, naast het uitkomen van verwachtingen, verder samen met de tevredenheid?

Methode

Dataverzameling

Aan de 292 cliënten werden per post twee vragenlijsten gestuurd met een begeleidende brief en een retour-envelop. De deelnemers werden verzocht om de eerste vragenlijst voorafgaand aan het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts in te vullen en om de tweede vragenlijst zo spoedig mogelijk na afloop van het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts in te vullen. Vervolgens werden zij verzocht om de beide vragenlijsten tegelijk in de retour-envelop terug te sturen.

Zeven dagen nadat de cliënten op het Ziektewetspreekuur waren geweest kregen zij allemaal een rappelbrief toegestuurd om een zo groot mogelijk respons te verkrijgen.

De vragenlijsten werden gebaseerd op literatuuronderzoek en interviews met 15 cliënten en 6 verzekeringsartsen.

Literatuuronderzoek

De in de introductie genoemde literatuur werd gevonden op de UWV website en in het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde en in de literatuurlijsten van gevonden artikelen ('sneeuwbalmethode'). In de internationale literatuur werd met Pubmed gezocht met de volgende termen: *communication, client satisfaction, satisfaction, insurance medicine, social insurance physicians, work disability claimants, disability benefit claimants, medical disability assessment*. Dit laatste leverde geen bruikbare artikelen op.

Interviews

Er werden interviews afgenomen met 15 willekeurig gekozen cliënten, voorafgaand aan een eerste ZW-beoordelingsgesprek met een verzekeringsarts. De vragen betroffen hun verwachtingen over het ZW-beoordelingsgesprek. Er werd gevraagd naar de verwachte gespreksduur, of een lichamelijk onderzoek werd verwacht, of ze verwachtten dat de verzekeringsarts op de hoogte zou zijn van hun medische situatie en er werd gevraagd welke uitkomst van het beoordelingsgesprek zij verwachtten.

Er werden tevens interviews afgenomen met 6 willekeurig gekozen verzekeringsartsen van UWV kantoor Assen en Emmen, werkzaam in de Ziektewet. Er werd gevraagd naar hun ideeën over verwachtingen die cliënten zouden kunnen hebben voorafgaand aan een eerste ZW-beoordelingsgesprek en naar factoren die mogelijk van invloed zijn op de tevredenheid van de cliënten.

De zo verkregen informatie werd verwerkt in de vragenlijsten.

Vragenlijsten

De eerste vragenlijst bevatte, naast gegevens over de cliënten, in totaal 12 vragen. Dit betrof 5 ja/nee vragen en 7 meerkeuzevragen. In deze vragenlijst werd gevraagd naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, vangnetcategorie, ziekte duur, aard van de klachten (psychisch, fysiek of beide) en of de cliënten in het verleden al eens eerder een beoordelingsgesprek met een verzekeringsarts hadden gehad. De belangrijkste vragen hadden betrekking op de verwachtingen die de cliënten hadden voorafgaand aan het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts betreffende gespreksduur, of de verzekeringsarts op de hoogte is van de medische situatie, of men een lichamelijk onderzoek verwachtte en wat men verwachtte dat de uitkomst zou zijn van het beoordelingsgesprek.

De tweede vragenlijst, die na het beoordelingsgesprek ingevuld diende te worden, bevatte 19 vragen. Dit betrof 6 ja/nee vragen en 13 meerkeuzevragen. In deze vragenlijst werd gevraagd naar de tevredenheid, het uitkomen van

Tabel 1

Kenmerken van de cliënten (n=133), de gemiddelde tevredenheid op een 10-puntsschaal en het verschil in tevredenheid tussen de subgroepen

		N	% van totaal	Gemiddelde tevredenheid	p-waarde
Geslacht	Man	72	54,1%	7,4	0,997
	Vrouw	60	45,1%	7,4	
	Onbekend	1	0,8%		
Kostwinner	Ja	85	63,9%	7,5	0,197
	Nee	45	33,8%	7,1	
	Onbekend	3	2,3%		
Opleidingsniveau*	LO	8	6,0%	7,8	0,323
	LBO/ VMBO	36	27,1%	7,5	
	MBO	66	49,6%	7,1	
	HBO/ WO	22	16,5%	7,8	
	Onbekend	1	0,8%		
Vangnet-categorie**	WW	61	45,9%	7,4	0,587
	Zelfstandige	5	3,8%	7,8	0,087
	Einde dienstverband	50	37,6%	7,7	0,055
	Uitzendkracht	11	8,3%	6,5	0,079
	Ziek door zwangerschap of bevalling	12	9,0%	6,2	0,195
Ziekte duur	<1 maand	7	5,3%	7,3	0,254
	tussen 1 en 3 maanden	62	46,6%	7,6	
	>3 maanden	64	48,1%	7,1	
Eerder gesprek met VA gehad***	Ja	54	40,6%	7,4	0,848
	Nee	79	59,4%	7,4	
Aard van de klachten	Lichamelijk	68	51,1%	7,5	0,883
	Psychisch	20	15,0%	7,3	
	Zowel lichamelijk als psychisch	38	28,6%	7,4	
	Onbekend	7	5,3%		

* LO = lager onderwijs, LBO = lager beroepsonderwijs, VMBO = voorbereidend middelbaar onderwijs, MBO = middelbaar beroepsonderwijs, HBO = hoger beroepsonderwijs, WO = wetenschappelijk onderwijs.
 ** meerdere categorieën mogelijk, WW = werkloosheidswet.
 *** VA = verzekeringsarts

de verwachtingen, de bejegening door de verzekeringsarts en het opvragen van medische informatie. De bejegening werd hierbij onderverdeeld in vijf punten; goed luisteren, de cliënt serieus nemen, rekening houden met de gevoelens en emoties van de cliënt, de cliënt respectvol behandelen en een professionele indruk maken. Cliënten werden gevraagd over elk van deze punten een oordeel te geven in een 5-puntsschaal.

Voor de totale tevredenheid over het beoordelingsgesprek werd naast de score op de 5-puntsschaal ook een score op een 10-puntsschaal gevraagd om te kunnen vergelijken met de uitkomsten van ander onderzoek.

Cliënten

Voor het onderzoek zijn 292 cliënten van de UWV kantoren Assen en Groningen benaderd die voor een eerste ZW-beoordelingsgesprek bij een verzekeringsarts werden

uitgenodigd in de periode van juni t/m augustus 2013. Inclusiecriteria: uitgenodigd zijn voor een eerste ZW-beoordelingsgesprek bij een verzekeringsarts. Exclusiecriteria: uitgenodigd zijn voor een heronderzoek.

Analyses

Om het verschil in tevredenheid tussen subgroepen te bepalen is gebruik gemaakt van t-toetsen. Statistische significantie werd vastgesteld bij $p \leq 0,05$. Om te onderzoeken of er een lineair verband is tussen de leeftijd en de tevredenheid is de Pearson Correlation berekend. Voor het bepalen van verschillen tussen meer dan twee variabelen is getoetst middels Oneway ANOVA. Voor de non-responsanalyse zijn de verschillen tussen de twee groepen getoetst middels Cramer's V. Alle analyses zijn gedaan met SPSS 18.0.

Resultaten

Deelnemers

Van de 292 cliënten die de vragenlijsten toegestuurd kregen hebben in totaal 133 cliënten (45,5%) beide vragenlijsten ingevuld en retour gestuurd. Wisselend per vraag ontbrak bij 4-17 cliënten een antwoord. De kenmerken van de 133 cliënten die beide vragenlijsten ingevuld retour hebben gestuurd staan vermeld in tabel 1. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 45,4 jaar (SD 11,9).

De non-responders waren ten opzichte van de responders vergelijkbaar wat betreft de man/vrouw verdeling en wat betreft de verdeling in het soort vangnet (WW vs. overige vangnetgroep). De non-responsgroep was wel significant gemiddeld jonger dan de onderzoeksgroep (gemiddeld 42,4 vs. 45,3 jaar, $p=0,035$). Verder had de non-responsgroep een significant hoger percentage cliënten die korter dan een maand ziek zijn (15,6% vs. 5,7%, $p=0,005$) en een lager percentage cliënten die langer dan drie maanden ziek zijn (34,6% vs. 48,1%, $p=0,005$).

Tevredenheid over het beoordelingsgesprek

Het gemiddelde tevredenheidscijfer over het ZW-beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts is 7,4. In tabel 1 staat vermeld hoe tevreden de cliënten, onderverdeeld in subgroepen, gemiddeld waren over het ZW-beoordelingsgesprek. Er is geen significant verschil in tevredenheid tussen deze subgroepen. In totaal was 83% van de cliënten tevreden tot heel tevreden en 17% matig tevreden of ontevreden.

Verband met het uitkomen van de verwachtingen

Er is geen significant verschil in tevredenheid tussen de groep cliënten bij wie de verwachtingen over het ZW-beoordelingsgesprek uit zijn gekomen ten opzichte van de groep cliënten bij wie de verwachtingen niet zijn uitgekomen.

De uitkomsten hiervan staan vermeld in tabel 2.

Summary

Aim: The aim of this study was 1. to measure the client satisfaction on the assessment interview by an insurance physician 2. examine whether the expectations regarding the assessment interview and the outcome play a role in this client satisfaction and 3. Find other factors which plays a role in client satisfaction.

Method: Questionnaires before and after contact with the insurance physician. 133 Of the 292 approached clients (45.5%), who came for a first appraisal by the insurance physician, returned the questionnaires.

Results: Mean client satisfaction was 7.4 on a ten-point scale and 83 % of the clients indicated to be satisfied regarding the assessment interview. The expectations regarding the assessment interview did not play a role in this client satisfaction. Important factors that did play a role in the client satisfaction were the outcome of the assessment, how the client felt he was treated and the communication behavior of the insurance physician. Since attitude and communication of the insurance physician are the main items that can be influenced we recommend to examine which individual insurance physicians could use additional training in this area.

(3,9%) het gesprek te lang vond duren en vijftien cliënten (11,7%) te kort. Cliënten die de gespreksduur niet goed vonden waren significant minder tevreden (tevredenheid 5,5 vs 7,7, $p=0,001$). Cliënten die het niet eens waren met de uitkomst van het beoordelingsgesprek waren significant minder tevreden (tevredenheid 5,3 vs. 7,8, $p=0,006$). Cliënten die de uitleg door de verzekeringsarts matig tot slecht beoordeelden waren significant minder tevreden (5,6 vs. 7,5, $p=0,003$). Cliënten waren significant meer tevreden wanneer zij positief oordeelden over de bejegening door de verzekeringsarts. De uitkomsten staan vermeld in tabel 3.

Discussie

Bevindingen

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat 83% van de cliënten tevreden is over het ZW-beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts. Het gemiddelde tevredenheidscijfer is 7,4. Cliënten zijn significant meer tevreden wanneer ze het eens zijn met de uitkomst van het beoordelingsgesprek, als ze de gespreksduur juist vinden, wanneer ze de uitleg van de verzekeringsarts goed vinden en bij een positief oordeel over de bejegening door de verzekeringsarts op de volgende punten: goed luisteren, de cliënt serieus nemen, rekening houden met gevoelens en emoties, respectvol behandelen en een professionele indruk maken.

Het geslacht van de verzekeringsarts of het niet uitkomen van verwachtingen van cliënten hebben geen verband met de tevredenheid. Een uitspraak over de tevredenheid in relatie tot het lichamelijk onderzoek was niet te bepalen, aangezien het aantal cliënten dat een lichamelijk onderzoek had gekregen te laag was voor een statistische analyse.

Factoren die samenhangen met de tevredenheid

Er is geen significant verschil in tevredenheid tussen mannelijke en vrouwelijke verzekeringsartsen (7,41 voor de mannelijke vs. 7,35 voor de vrouwelijke verzekeringsartsen, $p=0,854$). 28 Cliënten hebben een lichamelijk onderzoek gehad, waarvan 27 cliënten een oordeel hebben gegeven over dit onderzoek. Negentien cliënten vonden het onderzoek goed, vijf redelijk en drie slecht. Deze aantallen zijn te klein voor een statistische analyse.

In totaal gaven 20 cliënten (15,6%) aan dat zij de gespreksduur niet goed vonden, waarvan vijf cliënten

Tabel 2

Gemiddelde tevredenheid bij wel en niet uitkomen van de verwachtingen van de cliënt

Verwachting van de cliënt	Verwachting kwam uit		Verwachting kwam niet uit		p
	N	Gemiddelde tevredenheid	N	Gemiddelde tevredenheid	
De VA* is op de hoogte van de medische situatie	89	7,4	27	7,5	0,884
Lichamelijk onderzoek	86	7,5	31	7,3	0,549
Gespreksduur	77	7,4	52	7,4	0,956
Uitkomst:					
ZW wordt beëindigd	104	7,5	15	6,9	0,527
Hulp bij re-integratie	96	7,6	23	7,1	0,263
Duidelijkheid over klachtenbeeld	99	7,4	20	7,7	0,541
Advies over behandelmogelijkheden	99	7,3	19	8,2	0,811
Advies over (on)mogelijkheden in werk	87	7,5	32	7,5	0,865
Tijdelijk volledig arbeidsongeschikt	94	7,6	25	7,1	0,178
Blijvend volledig arbeidsongeschikt	112	7,5	7	6,9	0,313
Wachten tot onderzoek huisarts/specialist afgerond is	105	7,5	14	7,1	0,421
Wachten tot behandeling afgerond is	82	7,5	37	7,5	0,820

* VA = verzekeringsarts

Tabel 3

Gemiddelde tevredenheid bij oordeel over de gespreksduur, de uitkomst van het gesprek, de uitleg door de verzekeringsarts en de bejegening door de verzekeringsarts

	Oordeel	N	%	Gemiddelde tevredenheid	p
Gespreksduur	Goed Niet goed (te kort/ te lang)	112 20	84,4 15,6	7,7 5,5	0,001
Uitkomst gesprek	Mee eens Mee oneens	109 12	90,1 9,9	7,8 5,3	0,006
Uitleg	Redelijk – heel goed Matig – slecht	106 22	93,7 6,3	7,5 5,6	0,003
Goed luisteren	Heel goed – goed Redelijk – slecht	100 26	80,0 20,0	8,0 5,3	0,000
De cliënt serieus nemen	Heel serieus – serieus Matig serieus – helemaal niet serieus	107 19	85,4 14,6	7,9 4,9	0,000
Rekening houden met de gevoelens en emoties van de cliënt	Heel goed – goed Redelijk – slecht/ helemaal niet	97 28	78,3 21,7	8,0 5,4	0,000
De cliënt respectvol behandelen	Zeer respectvol – respectvol Matig respectvol – respectloos	110 16	87,7 12,3	7,8 4,5	0,000
Professionele indruk maken	Zeer professioneel – professioneel Matig professioneel – onprofessioneel	111 15	88,5 11,5	7,8 4,2	0,000

Interpretatie

Het ZW-beoordelingsgesprek kan leiden tot conflicten, omdat consequenties direct aangezegd worden. Toch was slechts 17% van de deelnemende cliënten ontevreden over het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts en werd het beoordelingsgesprek gemiddeld met een 7,4 beoordeeld. Van de 17% cliënten die ontevreden waren over het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts was meer dan de helft het niet eens met de uitkomst van het beoordelingsgesprek. Zonder deze groep is het gemiddelde beoordelingscijfer zelfs een 7,8. Dit lijkt een zeer goed resultaat. Wel is het mogelijk dat er selectie heeft plaats gevonden van de meer tevreden cliënten en dat de non-responders (54,5%) ontevreden zijn en daarom de vragenlijsten niet hebben ingevuld en geretourneerd. Uit de non-responsanalyse bleek dat de non-responders gemiddeld jonger zijn dan de onderzoeksgroep en dat ze korter in de Ziektewet zaten dan de onderzoeksgroep. Dit kan de resultaten mogelijk beïnvloed hebben. Zo bleek uit eerder onderzoek dat 55-plussers het contact met de verzekeringsarts bovengemiddeld positief beoordelen.⁸

Het gemiddelde tevredenheidscijfer van dit onderzoek is 7,4. Dit cijfer is hoger dan het tevredenheidscijfer 6,5 dat in een tevredenheidsonderzoek onder ziektewetcliënten in 2005 werd gevonden.⁸ Dit laatste onderzoek betreft echter een landelijk onderzoek, mogelijk bestaan er regionale verschillen in tevredenheid van de ziektewetcliënten. Daarbij is het laatste onderzoek in 2005 verricht. De laatste jaren is er veel aandacht besteed aan communicatie-

trainingen voor verzekeringsartsen, waardoor mogelijk ook de tevredenheid van de cliënten is toegenomen.

Het gemiddelde tevredenheidscijfer van dit onderzoek onder de ziektewetpopulatie ligt hoger dan de tevredenheidscijfers onder de WAO en WIA populatie. Het tevredenheidscijfer gemeten in landelijk onderzoek in 2005 tot 2010 was gemiddeld een 6,4 tot 6,9.^{2,8} Dat het gemiddelde tevredenheidscijfer van dit onderzoek onder de ziektewetpopulatie hoger ligt ten opzichte van het gemiddelde tevredenheidscijfer onder de WAO- en WIA- populatie is opmerkelijk, aangezien ZW-beoordelingsgesprekken mogelijk conflictueuzer van aard zijn omdat cliënten direct op de hoogte worden gebracht van de consequenties.

Het wel of niet uitkomen van de verwachtingen die cliënten hebben, blijkt niet van invloed te zijn op de tevredenheid van de cliënten over het beoordelingsgesprek. Deze uitkomst is vergelijkbaar met onderzoek onder cliënten in de WAO-populatie.⁸ De in de literatuur gevonden determinanten die leiden tot tevredenheid van cliënten over het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts in het kader van de WAO en de WIA worden in dit onderzoek onder cliënten in de Ziektewet ook gevonden. Belangrijke factoren zijn de bejegening door de verzekeringsarts, voldoende tijd nemen voor het gesprek en een goede uitleg geven over het beoordelingsgesprek. Algemeen binnen de geneeskunde spelen de factoren bejegening door en goede communicatieve vaardigheden van de arts eveneens een zeer belangrijke rol bij de patiënttevredenheid, zo blijkt uit onderzoek.^{9,10} Een andere belangrijke factor

die samenhangt met de tevredenheid is de uitkomst van het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts. Dat de uitkomst van een gesprek met een arts van belang is voor de tevredenheid van cliënten blijkt ook uit een huisartsenonderzoek uit Pennsylvania; tevreden patiënten zijn patiënten die krijgen van de huisarts wat ze willen, ongeacht of dit hun gezondheid ten goede komt.¹¹ Een aantal huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek gaven aan dat zij patiënten wel eens hun zin gaven, alleen om meer tevreden patiënten te krijgen. Een verzekeringsarts kan dit uiteraard niet doen. Hij kan een cliënt bijvoorbeeld geen uitkering geven als de cliënt daar geen recht op heeft of een cliënt vrijstellen van re-integratieactiviteiten terwijl er wel re-integratiemogelijkheden zijn.

Sterke en zwakke punten van dit onderzoek

Sterke punten

Een sterk punt van dit tevredenheidsonderzoek is dat het verricht is onder de ziektewetpopulatie. Tot nu toe is onder deze populatie nog maar weinig onderzoek verricht. Er is al wel veel onderzoek naar tevredenheid van UWV-cliënten verricht, echter voornamelijk in het kader van de WAO en de WIA.

Zwakke punten

De totale groep respondenten is redelijk groot, maar door de onderverdeling in subgroepen werden de aantallen veel kleiner en kwamen er geen significante verschillen meer uit. Tevens zijn er geen 95% betrouwbaarheidsintervallen bepaald. Gezien deze geringe aantallen en de partiële statistische documentatie is dit onderzoek meer een kwalitatieve studie te noemen.

Dit onderzoek is verricht onder de ziektewetpopulatie van de kantoren Groningen en Assen. Dit is een relatief klein deel van Nederland en de onderzoeksresultaten zijn daarvoor mogelijk niet representatief voor de gehele ziektewetpopulatie in Nederland.

Daarnaast is er waarschijnlijk sprake van een selectiebias omdat de non-responders gemiddeld jonger waren en minder lang ziek.

Een ander punt is dat tevredenheid in algemene zin beïnvloed wordt door meerdere factoren, zo ook de tevredenheid van UWV-cliënten. In dit onderzoek zijn interne persoonlijke factoren zoals persoonlijkheidskenmerken of externe factoren zoals de mening van een partner niet onderzocht.

Een andere mogelijke bron van bias is het feit dat niet geborgd is dat de cliënten daadwerkelijk de eerste vragenlijst voorafgaand aan het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts hebben ingevuld en de tweede vragenlijst zo spoedig mogelijk na afloop van het beoordelingsgesprek. Het is niet zeker of de cliënten deze procedure ook daadwerkelijk hebben gevolgd. De cliënten zijn na het beoordelingsgesprek ook nog gerappelleerd. Het is mogelijk dat cliënten pas na dit rappel de beide vragenlijsten hebben ingevuld.

Aandachtspunten

- 83% van de cliënten is tevreden over het ZW-beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts.
- De tevredenheid van de cliënten wordt met name bepaald door de uitslag van het gesprek, de uitleg door de verzekeringsarts, de gespreksduur en de bejegening door de verzekeringsarts.
- Een communicatietraining aan verzekeringsartsen die slecht scoren op uitleg en bejegening kan de tevredenheid vergroten.

Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek

De uitkomst van een beoordelingsgesprek bepaalt in grote mate de tevredenheid van de cliënten, samen met de bejegening en het communicatiegedrag van de verzekeringsarts. Aangezien de uitkomst van de beoordeling een vast gegeven is zijn het communicatiegedrag en de bejegening de belangrijkste te beïnvloeden items. Tijdens de opleiding geneeskunde en vervolgens de medische vervolgopleiding tot verzekeringsarts is er al veel aandacht voor communicatie. Dat dit in de meeste gevallen voldoende is voor verzekeringsartsen blijkt uit dit onderzoek, want 83% van de cliënten is tevreden over het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts. Niet iedere verzekeringsarts heeft daarom extra training nodig op het gebied van communicatie. Het is aan te bevelen om te onderzoeken of specifieke verzekeringsartsen mogelijk extra training zouden kunnen gebruiken om de tevredenheid van de cliënten te vergroten.

Van Rijssen heeft de training 'professionele cliëntcommunicatie' ontwikkeld. De effectiviteit van deze training werd geëvalueerd in een gerandomiseerde studie met controlegroep. De training leidde tot een grotere competentie van verzekeringsartsen in het introduceren van zichzelf en hun taken in het beoordelingsgesprek, evenals meer kennis over de communicatie.¹² Ook zou onderzocht kunnen worden of de tevredenheid van de verzekeringsartsen zelf over hun werk toeneemt door adequate communicatievaardigheden. Bij vervolgonderzoek zouden tevens andere persoonlijke factoren onderzocht kunnen worden, die mogelijk van invloed zouden kunnen zijn op de tevredenheid. Te denken valt aan persoonlijkheidskenmerken of eventuele aanwezige als I problematiek, zoals depressie. Ook zou onderzocht kunnen worden of de tevredenheidsbeleving verschilt tussen andere subgroepen, zoals bijvoorbeeld tussen van origine Nederlandse cliënten en van origine niet Nederlandse cliënten.

Literatuur is op aanvraag verkrijgbaar bij de redactie, tbvredactie@bsl.nl.

Visies van stakeholders op de uitvoering van een nieuw begeleidingsprogramma voor vangnetters met psychische klachten

Lieke Lammerts, Frederieke Schaafsma, Willem van Mechelen, Han Anema

Het volledige artikel 'Execution of a Participatory Supportive Return to Work Program within the Dutch Social Security Sector: a Qualitative Evaluation of Stakeholders' Perceptions' is gepubliceerd in BMC Public Health: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2997-x>.

Inleiding en vraagstelling

Een recente procesevaluatie van een nieuw begeleidingsprogramma voor vangnetters met psychische klachten liet zien dat dit programma in de praktijk vaak niet volgens het protocol was uitgevoerd. Kern van deze participatieve ondersteunende methode (POM) was een participatieve aanpak, waarbij de vangnetter werd gestimuleerd om zelf een plan van aanpak voor werkhervatting te maken, in samenwerking met de re-integratiebegeleider en arbeidsdeskundige van UWV. Andere onderdelen waren geïntegreerde zorg, waarbij de verzekeringsarts afstemming zocht met de behandelaar van de vangnetter, en directe plaatsing in passend betaald werk door een re-integratiebureau. De effectiviteit van de POM werd onderzocht in gerandomiseerd onderzoek, in vergelijking met de gebruikelijke begeleiding door UWV. In totaal participeerden 186 vangnetters in dit onderzoek en werden 94 van hen toegewezen aan de POM. Uit de procesevaluatie bleek dat slechts 36 van deze vangnetters daadwerkelijk in de POM waren gestart. Vaak werd de POM als te belastend ervaren door de verzekeringsarts (n=26) of was de vangnetter juist alweer hersteld (n=20). In iets meer dan de helft van de gevallen waarin was gestart met de POM (n=19) gaf de verzekeringsarts aan contact te hebben gezocht met de behandelaar en slechts twee van deze vangnetters werden geplaatst in passend betaald werk. Doel van onze huidige kwalitatieve evaluatie was om meer inzicht te krijgen in de uitvoering van de POM in de praktijk, door rekening te houden met de setting waarbinnen de POM was uitgevoerd. De setting van een interventie kan de uitvoering beïnvloeden. Ook kan een interventie in een andere setting er anders uitzien, maar kan de functie nog steeds hetzelfde zijn. Door het interviewen van stakeholders wilden wij meer inzicht krijgen in factoren

die de uitvoering van de POM beïnvloedden en in de functies van de POM in de praktijk. Dit inzicht draagt bij aan de interpretatie van de effectiviteit en uitvoerbaarheid van de POM. De volgende vragen stonden centraal: wat zijn de visies van stakeholders op de functies van de POM? En wat zijn hun visies op belemmerende en bevorderende factoren voor een succesvolle implementatie van de POM in de praktijk?

Methode

In totaal werden 15 interviews gehouden, namelijk met vijf vangnetters, twee verzekeringsartsen, drie arbeidsdeskundigen, drie re-integratiebegeleiders en twee casemanagers van gecontracteerde re-integratiebureaus. Dit was een doelgerichte selectie op basis van kenmerken als geslacht, opleiding, leeftijd en regio of UWV kantoor. Interviews werden geanalyseerd door twee onderzoekers door het gebruik van codes, met als doel patronen in de data te ontdekken.

Resultaten

Volgens de professionals van UWV waren de functies van de participatieve aanpak en geïntegreerde zorg in de praktijk vaak zoals beoogd. De vangnetters zelf benoemden deze functies niet en vonden dat zij te weinig begeleiding hadden gehad. Alle stakeholders gaven aan dat het zoeken naar passend betaald werk door de re-integratiebureaus vaak niet had geleid tot plaatsing in een werkplek en dat zodoende de uitvoering van de POM niet was verlopen zoals beoogd. Verschillende barrières werden genoemd voor een succesvolle implementatie van de POM, zoals: de segmentatie van diensten door UWV, re-integratiebureaus en de gezondheidszorg; de ernst van de psychische klachten; het beperkte aantal beschikbare banen vanwege de economische recessie en conflicterende prioriteiten bij UWV en de re-integratiebureaus. Verwacht werd dat implementatie kon worden bevorderd door het verminderen van het aantal betrokken professionals; een eerdere betrokkenheid van de re-integratiebureaus en door het maken van afspraken met werkgevers over mogelijke vacatures.

Conclusies en aanbevelingen

Voor toekomstige implementatie van het programma is het belangrijk na te gaan hoe diensten van UWV, re-integratiebureaus en de gezondheidszorg verder kunnen worden geïntegreerd, zodat beter kan worden ingespeeld op behoeften aan behandeling en begeleiding van vangnetters met psychische klachten.

L. Lammerts is onderzoeker in opleiding bij het VU Medisch Centrum, afdeling Sociale Geneeskunde.

Correspondentieadres:
l.lammerts@vumc.nl

Puzzelen of participeren?

Jerry Spanjer



Jerry Spanjer is verzekeringsarts, onderzoeker en docent bij UWV en UMCG

“Wat een geitenwollensokkengedoe”, dacht ik. Tijdens een cursus was de opdracht van de docent: “Bedenk een metafoor voor de missie in je werk en maak daar een tekening van.” Achteraf was het toch wel een leuke opdracht die inzicht geeft in hoe je in je werk staat. Ik maakte een tekening van iemand die een legpuzzel oplost. Je verzamelt allerlei puzzelstukjes en probeert daar een compleet beeld van te maken. Zo zag ik mijn werk. Er was nog een collega met dezelfde visie op het werk. De acht andere collega's in de cursusgroep zagen zichzelf als een soort poortwachter. Een aantal tekende een poppetje met de armen wijd gespreid die een horde mensen voor een poort probeert tegen te houden. Een ander deel van de cursisten tekende een poppetje die de horde mensen naar de juiste poort (wel of geen uitkering) moet leiden.

Dit was jaren geleden toen de claim op een uitkering nog de belangrijkste rol speelde bij de beoordeling van het UWV. Tegenwoordig is het credo: we moeten niet claim- maar participatiegericht denken. Overal kom je nu de term participatie tegen in de verzekeringsgeneeskunde. Zo hadden de oraties van beide hoogleraren verzekeringsgeneeskunde participatie als belangrijkste thema. Is de missie van UWV Sociaal Medische Zaken ‘SMZ levert de beslissende stap richting participatie voor mensen met een beperking, vanuit de visie dat iedereen meedoet naar vermogen’, ook het kenniscentrum verzekeringsgeneeskunde ‘gaat voor optimale arbeidsparticipatie’ en ‘wil er aan bijdragen dat mensen met gezondheidsklachten hun arbeidsmogelijkheden zo optimaal mogelijk kunnen benutten.’ Een van de belangrijkste uitkomstmaten van onderzoek binnen de verzekeringsgeneeskunde is ‘*return to work*’. Ook in Europa is deze participatiegedachte doorgedrongen. Zelfs op het congres voor Europese verzekeringsartsen (EUMASS) was de stelling ‘*the Insurance Physician should have a more active role in participation*’.

Door al deze nadruk op participatie vroeg ik me af of ik mijn ‘tekening’ van de missie in mijn werk als verzeke-

ringsarts moest gaan veranderen. Ben ik nog steeds de nijvere puzzelaar of moet ik dit nu aanpassen? Ik heb daar inmiddels een besluit over genomen. Hieronder een aantal overdenkingen.

Werk is goed voor mensen, wordt overal geroepen. Het lijkt me moeilijk dit goed te onderzoeken (de ene groep werklozen geef je werk en een controlegroep niet?). Ik zie in elk geval regelmatig cliënten van wie ik overtuigd ben dat werken niet goed voor hen is. Mensen die het al erg druk hebben met kinderen of mantelzorgers bijvoorbeeld.

Onderzoek wijst uit dat terugkeer naar werk maar voor een klein deel afhangt van medische factoren. Veel belangrijker zijn niet-medische factoren zoals belasting in de privésituatie, motivatie, of er wel werk te vinden is, leeftijd en opleiding. Daarom is de rol van een verzekeringsarts in de terugkeer naar werk een bescheiden rol. Sterker nog, het gevaar bestaat dat we ons als artsen gaan bemoeien met zaken waar we geen verstand van hebben. Als je participatie belangrijk vindt dan laat je het niet aan artsen over. In mijn anamnese besteed ik bijvoorbeeld aan een groot deel van deze niet-medische zaken geen aandacht. Daar heb je weer andere mensen voor zoals arbeidsdeskundigen en re-integratiebegeleiders.

De kerntaken van de verzekeringsarts zijn sinds al die aandacht voor participatie mijns inziens niet veel anders geworden. We moeten een medische uitspraak doen in het kader van een verzekering. Vragen die we kunnen beantwoorden zijn vragen zoals: is er sprake van ziekte, wat is de oorzaak van de ziekte (causaliteit), wat is de belastbaarheid en de prognose, zijn de begeleiding en therapie adequaat en zijn er stagnerende factoren? Terugkeer naar werk is grotendeels geen medische uitkomstmaat. Deze medische beoordeling kan natuurlijk wel een belangrijke bouwsteen zijn bij de terugkeer naar werk.

Laat mij daarom maar lekker verder puzzelen.

De bedrijfsarts: steun in onzekere tijden?

Jeannet Kant

Een ziekteperiode is voor werkgever en werknemer, met name in het midden- en kleinbedrijf (MKB), een tijd van grote onzekerheid met grote en verschillende belangen. De werkgever weet niet precies wat er aan de hand is en heeft geen idee wat dat voor hem/haar en de bedrijfsvoering betekent. Zeker als het gaat om burn-out of andere niet direct zichtbare belemmeringen. De werknemer daarentegen is ongerust over zijn/haar toekomst en voelt zich vaak schuldig ten opzichte van collega's en werkgever. Wat een leed.

Gelukkig kan de bedrijfsarts met zijn onafhankelijke adviezen licht laten schijnen in die duisternis. Hij kan als redder in nood duidelijkheid bieden en werkgever en werknemer bij de hand nemen en ondersteunen. Opgelost! Alle onzekerheid ten einde. Werkgever en werknemer weten precies waar ze aan toe zijn en wat hen wordt verwacht. Toch?

Had je gedacht...

Het advies van de bedrijfsarts is vaak niet duidelijk. In het advies wordt veel te vaak arbotaal gebruikt. En er staat net niet in wat de werkgever graag wil weten: wat mankeert mijn werknemer en wanneer is hij weer terug? De werknemer daarentegen wordt vaak geconfronteerd met zaken die niet expliciet aan de orde zijn geweest in het gesprek, bijvoorbeeld dat je als werknemer met je werkgever in gesprek moet.

En ook: weten ze allebei wel wat ze precies van een bedrijfsarts kunnen verwachten? We worden als goede burgers wel geacht de Wet verbetering poortwachter te kennen, maar bij poortwachter denken veel werknemers (en werkgevers) niet meteen aan een wet.

Als de onzekerheid over de ziekte al leidt tot gedoe, dan maakt onduidelijkheid over het advies van de bedrijfsarts en diens rol het leed alleen nog maar groter. In het geval er al een verstoorde verhouding tussen werkgever en werknemer is, en dat (mede) de aanleiding is voor zijn ziekte, kan zelfs de kleinste aanleiding escalerend werken en re-integratie bemoeilijken.

Wat te doen?

Ga er als bedrijfsarts vanuit dat ze het allemaal niet precies begrijpen of al weten. Hoe specifieker of SMART jij, als bedrijfsarts, het advies formuleert, hoe minder kans op gedoe en leed. Zeker als het gaat over de communicatie tussen werkgever en werknemer. Daarnaast is jouw bereidheid én bereikbaarheid om een en ander op verzoek van de werkgever of werknemer toe te lichten en misverstanden op te helderen van groot belang.

J.S. Kant is registermediator
Correspondentieadres:
j.kant@k-ca.nl

Voorbeeld: Kees en John

Kees werkt al jaren bij zijn hoveniersbaas John. Ze zijn inmiddels bijna vrienden. Ze hebben wel eens wat, maar lossen dat altijd op. Op het moment dat Kees zich ziek meldt, wordt alles echter anders. Kees heeft een burn-out. Dat heeft niet alleen te maken met het harde werken van de afgelopen tijd, maar ook met problemen thuis die hij niet heeft verteld aan John. John snapt er niets van en wil graag contact. Bovendien heeft John een probleem, want wie moet het werk doen? Hij belt Kees om te vragen wat er aan de hand is en wanneer hij weer komt. Maar als hij belt krijgt hij de vrouw van Kees aan de telefoon en zegt dat Kees hem niet te woord kan staan. Na een aantal weken komt de terugkoppeling van de bedrijfsarts. Eindelijk duidelijkheid zou je zeggen...

Terugkoppeling spreekuur bedrijfsarts

Aan: werkgever John H., contactpersoon Hoveniersbedrijf H.

Betreft: werknemer Kees D., geboren 12 mei 1966, werkzaam als hovenier bij Hoveniersbedrijf H.

Eerste ziekte dag: 15 februari 2016.

Datum spreekuurconsult: 15 maart 2016.

De heer Kees D. werkt momenteel nog niet. Zijn psychische toestand maakt dat nog niet mogelijk.

Dat valt hem zwaar, graag zou hij weer re-integreren.

Medisch gezien: is nog onder behandeling van specialist. Wel vindt hij het fijn om weer aan het werk te gaan. Maar 4 uur is maximaal op dit moment. In de toekomst zie ik dit nog niet snel toenemen.

Conclusie: nog niet inzetbaar in eigen werk.

Advies: continueren huidige inzet van maximaal 4 uur per week in eigen werkzaamheden.

Ook adviseer ik onderzoek door arbeidsdeskundige met als doel een rapportage met functionele mogelijkheden. Zijn er mogelijkheden voor re-integratie in eigen werk? Of moet inzet tweede spoor worden overwogen?

Graag zie ik werknemer medio april 2016 weer terug op mijn spreekuur.

*J. Jansen,
bedrijfsarts.*

Helaas. Kees wil wel, maar voelt zich nog niet in staat en leest dat hij niet hoeft als het niet gaat. John leest dat Kees, als hij het wil, wel mag. Er staat ook niet in wat Kees heeft en John snapt het nu helemaal niet meer. Wat is er aan de hand? Hoe kan Kees hem nou niet willen spreken?

Dan wordt de baas echt een baas en sommeert hij Kees te verschijnen. Kees komt niet en de rapen zijn gaar... Een conflict is geboren!

In het geval van Kees en John kwamen ze er samen niet meer uit en ging het van kwaad tot erger. De bedrijfsarts heeft de partijen toen mediation geadviseerd. Die zaak kreeg ik. In de voorgesprekken bevestigden Kees en John dat ze er samen zonder hulp niet meer uitkwamen. Maar ook dat ze allebei ontzettend in hun maag zaten met de situatie en dat ze bang waren dat hun relatie niet meer te herstellen was en hoe erg ze dat vonden. En dat ze heel graag mediation wilden proberen. Eenmaal gezamenlijk aan tafel was het met een enkel gesprek bekeken: hun beider wens om de relatie te herstellen en emoties kwamen op tafel. De misverstanden hebben ze uitgepraat. Het werd heel snel duidelijk dat in een stressvolle situatie voor beiden maar een kleine aanleiding genoeg was geweest om de negatieve spiraal in te zetten die had geleid tot hun conflict. En daarnaast dat nu, met enige afstand, in een echt gesprek de weg naar boven niet zo moeilijk was als ze van tevoren hadden gedacht. John zei dat hij beter had moeten luisteren naar Kees en Kees dat John natuurlijk niet begreep wat er aan de hand was als hij dat niet vertelde. Kortom, in de vaststellingsovereenkomst kwamen afspraken over de manier van met elkaar praten op het moment dat er weer een dergelijke situatie zou optreden.

Wellicht ten overvloede heb ik in overleg met beide ook aan de vaststellingsovereenkomst de volgende bepaling toegevoegd:

*Betrokkenen zijn gericht op de re-integratie van bij eigen werkgever en zij zullen zich, t.a.v. de wijze van re-integreren van volledig conformeren aan het advies van de bedrijfsarts, **bij onduidelijkheden de bedrijfsarts om toelichting vragen** en bij een onoverbrugbaar verschil van mening met de bedrijfsarts overgaan tot de aanvraag van een deskundigenoordeel bij het UWV.*

Want: *better safe than sorry*. Ofwel: een conflict voorkómen is beter!

Een publieke en private kijk op traumatisch hersenletsel na een bedrijfsongeval

Ingrid Snels, Carla Lelieveld

In deze casus beschrijven wij een cliënt die een beroep doet op de Ziektewet voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering én die tegelijkertijd een letselschadeclaim indient bij een private verzekeraar. Wij doen dat vanuit de twee verschillende invalshoeken van de verzekeringsgeneeskunde, de publieke en de private. De beoordeling van het recht op compensatie kent grote verschillen tussen deze beide uitvoeringspraktijken. Dit hangt onder meer samen met het feit dat de sociale verzekeringen vallen onder het bestuursrecht en de private verzekeringen onder het civiel recht.

Voor de dagelijkse praktijk is een belangrijk verschil dat UWV een onderzoeksplicht heeft. Dat betekent in de praktijk dat als iemand arbeidsongeschiktheid (of een andere voorziening) claimt zonder daarvoor bewijs aan te dragen, er niet zonder meer mag worden afgewezen. UWV zal altijd iets moeten ondernemen, al is het maar vragen om bewijs. Vaak wordt de onderzoeksplicht bij een arbeidsongeschiktheidsclaim ruimer opgevat. Civielrechtelijk is het adagium dat wie eist bewijst. Enige nuancering is op zijn plaats, maar in de kern geldt nog steeds dat wie stelt schade opgelopen te hebben en daarvoor een letselschadeclaim indient, dit met bewijs zal moeten onderbouwen.

Bedrijfsongeval, Letselschadeclaim

Casus

Cliënt is een 40-jarige schoorsteenveger die zich arbeidsongeschikt meldde na een bedrijfsongeval. Hij was tijdens zijn werk enkele meters naar beneden gevallen en met zijn hoofd op de grond terecht gekomen. Hij droeg een gordel, maar die was niet (goed) gezekeerd en hij droeg geen helm. Hij werd per ambulance naar het ziekenhuis gebracht en dezelfde avond geopereerd aan een subduraal hematoom.

Circa drie maanden later hervatte hij gedeeltelijk in aangepast werk. Dit hield hij niet vol door vermoeidheidsklachten. Negen maanden na het ongeval startte hij met een multidisciplinair revalidatietraject.

Publieke kijk

Eén jaar na het ongeval werd hij op het spreekuur gezien door een verzekeringsarts van UWV in het kader van een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling na één jaar in het kader van de Wet beperking ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vangnetters (BeZaVa). Cliënt gaf aan dat hij zijn eigen werk zou kunnen doen, mits in een rustige omgeving en zonder tijdsdruk. Anamnestic bleek dat hij moeite had met multitasken (hij kon bijvoorbeeld niet goed koken als hij werd afgeleid door een telefoontje). Verder kostte het aanleren van nieuwe vaardigheden op zijn eigen vakgebied meer moeite dan voorheen en had hij moeite met onverwachte zaken, bijvoorbeeld spontaan ergens koffie gaan drinken. Hij vergat meer, hij was langzamer geworden volgens zijn vrouw en hij had meer tijd nodig om tot actie te komen. Ten slotte was hij thuis sneller geïrriteerd.

Hij had een normale dagvulling: opstaan rond 7.00 uur, huishoudelijke activiteiten en mantelzorgtaken. Na de avondmaaltijd rustte hij een tot twee uur op bed. Om acht uur 's avonds keek hij naar het journaal op de televisie. Rond half elf ging hij naar bed. Als hobby speelde hij klarinet.

Ten tijde van het spreekuurbezoek was het revalidatietraject nog in gang. Neuropsychologisch onderzoek was nog niet verricht.

De arbeidsinspectie heeft na het ongeval proces-verbaal opgemaakt en de verzekeraar van de werkgever heeft de aansprakelijkheid geaccepteerd. Cliënt heeft een letselschadeadvocaat in de arm genomen.

Tijdens spreekuurcontact zag de verzekeringsarts van UWV een goed verzorgde man die wat weinig oogcontact maakte. Hij deed op coherente wijze zijn verhaal, waarbij hij regelmatig niet op een woord kon komen en trager reageerde dan verwacht mocht worden. Hij herinnerde zich moeilijk de volgorde van de behandelingen en de verschillende werkzaamheden die hij eerder had gedaan. De stemming was neutraal, het affect moduleerde weinig

I.A.K. Snels is verzekeringsarts bij UWV Zwolle
Correspondentieadres:
ingrid.snels@uwv.nl

invoelbaar. Cliënt gaf aan dat het doorvragen voor hem stress en frustratie met zich meebracht.

De verzekeringsarts vroeg informatie op bij de behandelend revalidatiearts. Hieruit bleek dat gedurende het revalidatietraject de fysieke belastbaarheid van cliënt toegenomen was, maar dat de cognitieve belastbaarheid beperkt bleef. Uit inmiddels verricht neuropsychologisch onderzoek bleek sprake van beperkingen ten aanzien van het mentale tempo, de gerichte selectieve en verdeelde aandacht, de executieve vermogens (probleemoplossend vermogen, plannen en aanpassen van gekozen oplossingsstrategieën) en het geheugen. Tevens bleek er sprake van een lichte depressie. Het beeld past bij traumatisch hersenletsel.

De verzekeringsarts van UWV oordeelde dat sprake was van cognitieve schade na een traumatische hersenbloeding en stelde een FML op met beperkingen in de rubrieken persoonlijk functioneren (storingen/onderbrekingen, handelingstempo in werk) en werktijden (4 u/dg, 20 u/wk). Overigens is de oorzaak van de cognitieve schade niet zo erg relevant binnen de sociale arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Eventuele beperkingen die al voor het ongeval bestonden worden gewoon meegenomen (want meeverzekerd), mits ze voortkomen uit ziekte/gebrek.

Omdat het een ongeval betreft met mogelijke verhaalsaspecten werd de afdeling Regres binnen UWV ingelicht. Deze afdeling zal eventuele (uitkerings)kosten proberen te verhalen op degene die de schade heeft veroorzaakt c.q. daarvoor aansprakelijk is.

Private kijk

Een private verzekeraar denkt in termen van schade. Het gaat om 'personenschade/letselschade'. Mogelijke schadeposten zijn medisch of niet-medisch (materiële schade). Op medisch gebied gaat het om:

- de vaststelling van blijvend functieverlies;
- de vaststelling van functionele belemmeringen;
- eventuele toekomstige medische ontwikkelingen als gevolg van het ongevalsletsel (de zogenaamde kwade kansen).

Procedure

Als de aansprakelijkheid vaststaat, bezoekt vaak de schaderegelaar namens een particuliere verzekeraar de betrokkene en verzamelt allerlei informatie (o.a. over de ongevalstoedracht, de klachten direct na het ongeval, het medisch herstelbeloop, het subjectief ervaren onvermogen, diverse schadeposten). Al deze informatie wordt via een schadebehandelaar, doorgaans een jurist, doorgeleid naar de medisch adviseur voor een medisch advies. Primair gaat het daarbij om de medische causaliteit

tussen ongeval en geclaimd ongevalsletsel. Vervolgens gaat de medisch adviseur in op de aanvullende vragen, bijvoorbeeld of er aanwijzingen zijn voor andere oorzakelijke factoren dan het ongeval en wanneer een medische eindtoestand wordt verwacht. Als het nodig is laat de medisch adviseur nog nadere informatie opvragen of nader onderzoek (b.v. expertise) verrichten. Hij/zij heeft zelden zelf een spreekuurcontact met de betrokkene.

Omdat het een bedrijfsongeval betreft, kunnen er regresaspecten zijn. Voor de beantwoording van vragen in het kader van een regresadvies zijn aparte medische machtigingen noodzakelijk.

In onze casus gaat het om hersenletsel na een bedrijfsongeval. Gelet op de ongevalstoedracht is de aard van het letsel als passend bij de ongevalstoedracht te beschouwen, want een acuut subduraal hematoom kan optreden na fors direct inwerkend geweld op de schedel. Het is van belang om vast te stellen of de blijvende cognitieve functiestoornissen een ongevalsgevolg zijn. Het kan goed zijn dat sprake is van pre-existente cognitieve functiestoornissen of van pre-existente psychopathologie. Dat moet uitgezocht worden door opvragen van informatie over de voorgeschiedenis.

De afwikkeling van de claim vindt pas plaats als sprake is van een stationaire medische eindsituatie.

Na een subduraal hematoom is dat te verwachten, circa twee jaar na dato. Zo ver is het in deze casus nog niet.

Blijvend functieverlies

Bij de vaststelling van de mate van financiële compensatie komt een karakteristiek aspect in de medische advisering bij letselschade aan de orde en dat is de vaststelling van een percentage blijvend functieverlies, ook wel blijvende invaliditeit. De basis hiervoor vormen de 'Guides to the evaluation of permanent impairment', beter bekend als de AMA Guides, samen met de richtlijnen van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) en die van de Nederlandse Vereniging van Neurologie (NVvN). De ingang kan zijn de diagnose of functieverlies. De uitkomst van de raadpleging van de AMA Guides is een percentage, dat uiteindelijk wordt omgerekend in percentage blijvende invaliditeit gehele persoon (BIGP). Eén procent komt ongeveer overeen met € 1.000 - € 1.500.

Functionele belemmeringen

Voor wat betreft eventuele blijvende functionele belemmeringen: deze worden op semi-kwantitatieve wijze benoemd en uitgedrukt in termen die globaal vergelijkbaar zijn met die zoals gebruikt in de Functionele MogelijkhedenLijst (FML). Hierbij gaat het om belemmeringen in de uitvoering van arbeid, huishoudelijke taken, zelfwerk-

zaamheid en hobby's. De subjectief ervaren klachten worden alleen gehonoreerd voor zover daar een medisch objectieve grondslag voor is.

Eventuele toekomstige gevolgen van het ongevals-letsel

Het antwoord op de vraag naar de prognose houdt verband met eventueel toekomstig risico, de kwade kansen. Dit zijn bijvoorbeeld medische behandelingen die in de toekomst zullen plaatsvinden en die samenhangen met het ongevalsletsel. Denk in onze casus bijvoorbeeld aan een herhaling van cognitieve revalidatie. Dit heet voorbehoud en dit kan voor een aantal jaren gelden of voor onbepaalde tijd.

Terug naar de casus

Na arbeidsdeskundig onderzoek bleef cliënt in de Ziekte-wet omdat hij niet geschikt was voor zijn eigen werk én hij niet 65% of meer van zijn inkomen kon verdienen. Het re-integratietraject werd voortgezet.

Voor wat betreft de letselschadeclaim was nog geen medische eindsituatie bereikt. De letselschade kan daarom nog niet worden afgerond. Er bestaat ook nog onduidelijkheid over de vraag of de cognitieve schade als ongevalsgevolg zal worden beschouwd/erkend. Het lijkt erop dat dit wel de crux is waar het in de schadecompensatie om draait: immers zijn fysieke herstel is heel goed en daarin zijn feitelijk geen belemmeringen meer aan te wijzen. Zijn problemen zitten in het cognitieve vlak.

Beschouwing

Binnen de sociale verzekeringen wordt de belastbaarheid vastgesteld en geldt het medische arbeidsongeschiktheids-criterium. Daarbij is het voldoende als de relatie tussen de functionele beperkingen en de ziekte aannemelijk is. Hierbij wordt in dit geval geen onderscheid gemaakt tussen beperkingen door het ongeval en eventueel pre-existente (psycho)pathologie. UWV i.c. de verzekeringsarts heeft hierbij een tamelijk vergaande onderzoeksplicht en zal bijna altijd de cliënt zelf tijdens een spreekuur zien en beoordelen. Binnen de private letselschadeverzekeringen moet vastgesteld worden of het geclaimde letsel aannemelijk ongevalsgevolg is. Dat wil zeggen of het ongeval heeft geleid tot ziekte/letsel met beperkingen als gevolg. Hierbij wordt actief gezocht naar pre-existente (psycho)

pathologie en die blijft buiten beschouwing. De bewijslast voor de causale relatie tussen letsel en het ongeval ligt bij degene die de claim indient (het slachtoffer). Pre-existente aandoeningen, die eenzelfde soort medische klachten of functionele belemmeringen veroorzaken, worden als het ware afgetrokken van de eventuele compensatie.

De verzekeringsarts van UWV vaart grotendeels op eigen onderzoeksbevindingen, vergaard tijdens het spreekuur. De privaat werkende collega heeft meestal alleen de onderzoeksbevindingen van anderen tot zijn/haar beschikking en mist daarmee een eigen indruk van de cliënt op basis van 'de klinische blik'.

Op basis van onze ervaring vinden wij dat binnen de publieke verzekeringsgeneeskunde de medische onderbouwing van de belastbaarheidsbeoordeling verbeterd kan worden. Dit kan door naast het spreekuur vaker nader onderzoek te doen (b.v. medische informatie opvragen bij de behandelaar of een expertise laten verrichten). Hiermee wordt de claim beter met medische feiten onderbouwd.

Anderzijds vinden wij het instrument van het nader onderzoek in de private verzekeringsgeneeskunde misschien wel wat erg laagdrempelig wordt ingezet.

Conclusie

De kijk van verzekeringsartsen en medisch adviseurs op bedrijfsongevallen kent verschillen en overeenkomsten.

Overeenkomsten:

- Het betreft in beide gevallen een claim en het gaat in beide gevallen vaak om (veel) geld.
- Beiden doen beoordelingen van belastbaarheid.

Verschillen:

- De verzekeringsarts ziet vrijwel elke cliënt zelf op het spreekuur, de medisch adviseur zelden.
- Binnen de private sector wordt beduidend vaker een medisch specialistische expertise ingezet dan in de publieke verzekeringsgeneeskundige praktijk.
- De verzekeringsarts betreft pre-existente functionele beperkingen bij de vaststelling van de functionele mogelijkheden, de medisch adviseur gaat het uitsluitend om ongevalsgerelateerde beperkingen.

Good practices (5)

Open tbc in een attractiepark

Liesbeth Verheugd

Situatie

Als bedrijfsarts van een groot attractiepark werd ik kort voor de seizoensopening van het desbetreffende jaar benaderd met de mededeling dat één van de tijdelijk medewerkers open tuberculose had. Het bleek dat deze medewerker de infectie al langere tijd onder de leden had, zelfs ook al tijdens de laatste weken van het voorgaande seizoen. De medewerker had zelf melding gedaan van de situatie.

De vraag was: wat te doen? Het park wilde natuurlijk dit verhaal uit de pers houden met de seizoensopening voor de deur. Er bestond veel onrust onder medewerkers over besmettingsgevaar, over de blootstelling in de afgelopen maanden en ook was er nog de vraag of er mogelijk een besmetting had kunnen plaatsvinden van bezoekers van het park aan het eind van het vorige seizoen. Ik werd als bedrijfsarts dan ook ingeschakeld om te ondersteunen bij bovenstaande vraagstukken.

Al snel bleek dat de tijdelijk medewerker niet meer op het park gewerkt had na seizoenssluiting in het voorafgaande jaar. En uit analyse van de werkzaamheden bleek dat het risico op besmetting van bezoekers uitermate klein was. Wel was er een risico op besmetting van collega's geweest.

De rol van de bedrijfsarts in de acute fase

1. Contact met de GGD over de situatie en raadplegen van protocollen vanuit de overheid.
2. Overleg met het management en met de afdeling Human Resources over de situatie.
3. Voorbereiden van een presentatie voor medewerkers.

Toen ik vervolgens contact opnam met de GGD was helaas hun input minimaal. Ook informatie over besmettingsrisico's was zeer beperkt. Ik heb de GGD zelfs geholpen met het opzetten van ringonderzoek. De GGD was bezig met eerste ringonderzoek, was weinig gericht op de werkgever en ook niet bereid om in dit stadium voorlichting te geven.

Omdat er toch onrust was bij werkgever en ik besmetting niet kon uitsluiten, werd in overleg met de directie besloten tot een voorlichtingsbijeenkomst voor de meest

directe collega's. We kozen voor de avonduren om het zo min mogelijk te laten opvallen. Management en HR kregen van mij informatie over de ziekte, over consequenties en protocollen. Ik adviseerde hen ook over de consequenties voor de seizoensopening. Samen bespraken wij wat te doen als het bericht toch in de pers zou komen. De daaropvolgende voorlichtingssessie verliep goed ondanks het feit dat er veel vragen waren en ook ongerustheid welke ik niet weg kon nemen.

Door nauw contact te onderhouden met de GGD werd al snel duidelijk dat de resultaten uit het eerste ringonderzoek aanleiding gaven tot onderzoek in de tweede ring, zijnde onder andere de collega's. De meest directe collega's werden geïdentificeerd en door de GGD benaderd voor onderzoek. Een aantal bleek besmet te zijn en moest worden behandeld.

Na de acute fase betrof de rol van de bedrijfsarts het begeleiden van de betrokken medewerker en zijn collega's. De behandeling liep volgens protocol en via de GGD en de verzuimbegeleiding verliep via mij. Het derde ringonderzoek heeft niets meer opgeleverd.

Wat was het eindresultaat?

Er was geen publiciteit, de collega's konden snel worden geïnformeerd en er kon duidelijkheid worden verschaft over de risico's van besmetting. Het werd ook snel duidelijk dat er geen besmetting van publiek heeft kunnen plaatsvinden aan het eind van het seizoen in het voorafgaande jaar. Hierdoor was er geen sprake van ongerustheid en kon het park gewoon open bij de seizoensstart.

Specifieke bijdrage van de bedrijfsarts

1. Snel reduceren van onrust waardoor men weer snel aan het werk was.
2. Duidelijk maken dat er aan het eind van het vorig seizoen geen besmettingsgevaar was geweest.
3. Omzetten van GGD-informatie naar bedrijfstaal.

Conclusie

Een succesvol verlopen samenwerking tussen werkgever, werknemers, bedrijfsarts en een beetje de GGD.

De mythe van de neutraliteit in de geneeskunde*

Toine Lagro-Janssen

Vrouwen en pijn

Voor de meeste toehoorders bij mijn voordrachten en trainingen bestaat geen twijfel: vrouwen kunnen veel beter pijn verdragen dan mannen. Uit een recente meta-analyse naar biologische sekseverschillen in respons op experimenteel toegediende pijnprikkels blijkt echter dat de gevoeligheid voor pijn bij vrouwen voor alle soorten van pijn (bijvoorbeeld als gevolg van druk, hitte, kou, elektriciteit) juist hoger is dan bij mannen. Bij vrouwen zijn een lagere pijndrempel – sneller een prikkel als pijn ervaren – een verlaagde pijntolerantie – eerder een prikkel als ondraaglijk ervaren – en hogere pijnscores vastgesteld.¹ Het idee dat vrouwen pijn beter verdragen dan mannen is een van de vele seksestereotypen in de geneeskunde – een stereotype dat niet in het minst door vrouwen zelf graag in stand wordt gehouden. Wie baart immers sinds Genesis haar kinderen in smarten? Wie is, zoals geïllustreerd door een recente krantentekening (afbeelding), graag superieur tegenover haar man als het gaat om opgewassen zijn tegen pijn, ziekte en lichamelijk ongemak? De vrouw als verpleegster in een fleurige jurk, pumps aan haar voeten en een opgemaakt gezicht, contrasteert met de zieke man met ongeschoren gezicht en grote rode neus in bed, een teddybeer in zijn arm houdend. Dit contrast wordt nog eens geaccentueerd door de compositie van de tekening. Aan de rechterkant houdt de vrouw haar gehandschoende hand op het zieke voorhoofd, terwijl ze aan de linkerkant haar blik van de man afwendt en een doktersroman leest: 'DOKTERS OMNIBUS' lezen we op de kaft, met daaronder: 'Brandend hart'. Dit is dus geen medische handleiding die ze raadpleegt; die heeft ze ook niet nodig, zo suggereert de tekening: niet alleen illustreert deze fraai de veronderstelling dat de seksestereotype rol van de vrouw als verzorgster betekent dat ze als het ware 'van nature' beter tegen ziekte en ongemak zou kunnen, maar ook dat ze als 'van nature' kan zorgen.

Men kan onderzoek dat wijst op de lagere pijndrempel van vrouwen weerleggen door erop te wijzen dat vrouwen in de experimenten eerder pijn aangeven omdat het openlijk uiten van pijn door vrouwen meer acceptabel is dan bij mannen. Het klopt dat het vrouwen meer toegestaan is emoties en pijn te uiten. Gendernormen en -rolgedrag dicteren een zekere stoïcijnse stoerheid bij mannen en staan meer expressie van gevoelens, inclusief pijn, toe aan vrouwen. Ook tussen culturen bestaan verschillen met betrekking tot het tonen van pijn. Zo vinden Japanners uitingen van pijn minder acceptabel dan Amerikanen.²

De vraag of we hier met stereotypen of feiten van doen hebben kan pas worden beantwoord wanneer we meer empirische kennis over verschillen tussen mannen en vrouwen in de geneeskunde hebben verworven – en waar nodig hebben geproblematiseerd. Zo weten we dat de symptoomperceptie, het proces dat een signaal uit het lichaam opmerkt en interpreteert als mogelijk symptoom van ziekte, bij vrouwen gevoeliger is dan bij mannen.³ Ook rapporteren vrouwen frequenter pijn, en wel van meerdere lichaamsdelen en van langere duur dan mannen. Dat geldt voor alle leeftijden. Van hoofdpijn, bij jongeren van 18-22 jaar de meest genoemde klacht, heeft 60% van de vrouwen de afgelopen 2 weken last gehad en 35% van de mannen. Op oudere leeftijd ervaren vrouwen meer pijnklachten van artrose (slijtage) van knieën en heupen dan mannen (34% versus 19%), evenals van hardnekkige pijnlijke aandoeningen van elleboog, pols en handen (14% versus 7%).⁴ Een grote verscheidenheid aan chronische pijnsyndromen zoals migraine, fibromyalgie, prikkelbaredarmsyndroom, spanningshoofdpijn, chronische bekkenpijn en het pijnlijk kaaksyndroom komt in meerderheid voor bij vrouwen.

Neutraliteit in de geneeskunde

In het licht van bovenstaande empirische gegevens en de problemen die zich voordoen wanneer we ze proberen te interpreteren, lijkt het een gerechtvaardigde verwachting dat vrouwen en pijn een apart domein van onderzoek vormen binnen de geneeskunde. Wordt die verwachting bewaarheid in het onderzoek, bijvoorbeeld onderzoek

Prof dr T. Lagro-Janssen, em hoogleraar Gender and Women's Health
Head Center Sexual and Family Violence
Radboudumc, Eerste Lijnsgeneeskunde
Correspondentieadres:
Toine.Lagro@radboudumc.nl



Illustratie Wendy Panders

naar de behandeling van pijn bij vrouwen? Vrouwen gebruiken immers veel meer pijnstillers, ook niet op recept voorgeschreven pijnstillers.⁵ Over het verschil in werking van pijnstillers tussen vrouwen en mannen is echter bedroevend weinig bekend. Dat is een gevolg van de mythe van neutraliteit in de alledaagse praktijk van de geneeskunde; het idee dat deze onbevooroordeeld, onpartijdig, onzijdig en geslachtsloos is. Een geneeskunde die zonder vooroordelen, op basis van objectiviteit, geen verschil maakt tussen mannen en vrouwen. Binnen de geneeskundige praktijk heerst het diepgewortelde idee dat het in de geneeskunde gaat over mensen, niet over mannen en vrouwen. De geneeskunde bestudeert een algemeen menselijk organisme met als toegepaste praktijk het diagnosticeren en behandelen van uniforme lichamen. Het principe van de neutraliteit veronderstelt dat biologische processen, uitgezonderd geslachtsspecifieke hormonale en anatomische verschillen, bij vrouwen en mannen gelijk zijn. Neutraliteit suggereert onder meer objectiviteit, waarbij algemeen geldende principes van ontstaanswijzen van ziekten, klachtpresentaties en beloop, belangrijke pijlers zijn van de klinische praktijk. Objectiviteit, het met afstand kunnen oordelen, is een centraal onderdeel van die klinische praktijk. Die objectiviteit moet de betrouwbaarheid en validiteit garanderen van de interpretatie van klachten. Via een waaier van klachten en symptomen van de patiënt moet de arts zich immers een oordeel vormen over de aanwezigheid van mogelijke

ziekten. Die objectieve interpretatie van klachten ligt aan de basis van het stellen van een ziektediagnose.

Over het ziektebegrip, dus wat een ziekte is, heerst binnen de geneeskunde geen eenstemmigheid.⁶ Grofweg zijn twee concepten aan te wijzen: het *biomedische* concept en het *bio-psychosociale* concept. Bij het biomedische concept gaat men ervan uit dat ziekte een entiteit is met een eigen verschijningsvorm en een eigen beloop: de ziekte is uniek. Het biomedische concept gaat uit van de generaliseerbaarheid en reproduceerbaarheid van ziekten en staat daarmee in de traditie van de natuurwetenschappen. Het biomedische concept is een natuurwetenschappelijk concept dat aansluit bij een begrip van sekse als het geheel van biologische eigenschappen van de mens.

Bij het andere concept, het bio-psychosociale concept, beschouwt men ziekte als een afwijking van het normale binnen het individu. Ziekte ontstaat onder invloed van een samenspel van interne en externe factoren en manifesteert zich per individu in een individuele vorm. De ziekte is gemedieerd door levensloop, sociale context en betekenisgeving van de patiënt. De ziekte is onlosmakelijk verbonden met de zieke. Het bio-psychosociale concept hanteert gender als vertrekpunt: de psychologische eigenschappen en gedragskenmerken die in een bepaalde cultuur worden toegeschreven aan mannen en vrouwen. Hoewel beide concepten elkaar niet per definitie of bij voorbaat uitsluiten, wordt duidelijk hoezeer de vigerende

aanname van een neutrale geneeskunde aansluit bij het biomedische ziektebegrip. Als natuur staat voor universalisme, en cultuur voor context en historiciteit, wordt duidelijk dat de mythe van neutraliteit past bij een natuurwetenschappelijke denkwijze. Het natuurwetenschappelijke uitgangspunt van neutraliteit leidt tot een sekse- en genderblinde geneeskundige praktijk.⁷

Een mooi voorbeeld van sekse- en genderblindheid is de aanname dat geneesmiddelen in een vrouwenlichaam dezelfde werking hebben als in dat van een man. Deze aanname speelt een cruciale rol in alle ontwikkelingsfasen van nieuwe geneesmiddelen. Het miskennen van seksverschillen is hier van aanvang af aanwezig. In de fase van het fundamentele geneesmiddelenonderzoek bij dieren, onderzoekt men in hoofdzaak mannelijke proefdieren (in het bijzonder knaagdieren). Slechts 3 procent vindt plaats bij vrouwelijke proefdieren. De sekse- en genderblindheid speelt ook in de fase waarin het nieuwe geneesmiddel op proefpersonen getest wordt, de klinische trial: de meeste uitkomsten van geneesmiddelenonderzoek stelen op onderzoek bij een witte man van ongeveer 70 kilo; slechts 30% – en vaak zelfs een nog lager percentage vrouwen – wordt opgenomen in de populatie proefpersonen. Hierbij gaan de onderzoekers ervan uit dat wat voor het ene (mannelijke) geslacht geldt ook wel voor het andere geslacht zal gelden, een onterechte extrapolatie.⁸ Dat deze aanname tot calamiteiten kan leiden is de afgelopen jaren diverse malen gebleken. Een geneesmiddel tegen allergie is van de markt genomen omdat het bij vrouwen fatale ritmestoornissen veroorzaakte. Ziekenhuisopnames in Nederland als gevolg van geneesmiddelenintoxicaties betreffen in 70% vrouwen.⁹ Ook pijnmedicatie laat seksverschillen zien.¹⁰ De pijnstillende werking van opiaten (morfine) bijvoorbeeld is groter bij vrouwen dan bij mannen, en deze kunnen bij vrouwen ook vaker ernstige bijwerkingen geven. Omdat het neutrale lichaam feitelijk wordt ingevuld als een mannelijk lichaam, functioneert de man als de – impliciete – norm. Deze mannelijke dominantie of androcentrisme heeft als gevolg dat vrouwen als afwijkend verschijnen.¹¹

Het is de paradox van het biomedische ziekteconcept dat, om sekse- en genderverschillen te zien, mannen en vrouwen in het geneeskundig onderzoek en de geneeskundige praktijk apart onderzocht moeten worden. Hierbij wordt de tweedeling man/norm en vrouw/afwijking niet opgeheven, maar worden mannen en vrouwen als vooropgestelde – ontologische – categorieën opgevat. Zoals ik in dit essay heb beargumenteerd, wordt de overheersende sekse- en genderblindheid in stand gehouden door de

mythe van de objectiveerbare neutraliteit, een mythe die verankerd is in het biomedische ziekteconcept. Dit biomedische ziekteconcept kan vanuit vele gezichtspunten bekritiseerd worden en deze bijdrage belichtte het genderperspectief. Het biomedische ziekteconcept is node aan vervanging toe.

* Het essay is met toestemming overgenomen uit de bundel/boek: *Mythen van gender*, onder redactie van Stefan Dudok en Liedeke Plate, Uitgeverij Vantilt, 2015 Nijmegen ISBN 978 94 6004 2546.

Literatuur

1. KJ Berkley. Sex differences in pain. *Behav Brains Sci* 1997; 20: 371-80; JS Mogil. Sex differences in pain and pain inhibition: multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nat Rev Neurosci* 2012; 13: 859-865.
2. M Hobara. Beliefs about appropriate pain behavior: cross-cultural and sex differences between Japanese and European Americans. *Eur J Pain* 2005; 9: 389-93.
3. CMT Gijsbers van Wijk, RA Schoevers. Depressie. In: DC Cath, CMT Gijsbers van Wijk, UMH Klumpers, red. *Sekseverschillen in de psychiatrie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2007.
4. MW Linden van der, et al. Tweede nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2000.
5. L de Jong van den Berg. Farmacotherapie. In: BCJM Fauser, ALM Lagro-Janssen, AME Bos, red. *Handboek vrouwspecifieke geneeskunde*. Houten: Pream Uitgevers, 2013, p. 204-15.
6. ALM Lagro-Janssen. De tweeslachtigheid van het verschil. Nijmegen: SUN, 1997.
7. De geneeskunde lijkt in dit opzicht op de 'Petit bourgeois' van Barthes: 'a man unable to imagine the Other. If he comes face-to-face with him, he blinds himself, ignores and denies him, or else transforms him into himself' (Roland Barthes, *Mythologies*, trans. Richard Howard and Annette Lavers [New York: Hill and Wang, 2013], 265). Uit dit citaat spreekt overigens ook de genderblindheid van Barthes: voor hem is de Ander als vanzelfsprekend een man.
8. C Wald, C Wu. Of mice and women: the bias in animal models. *Science* 2010; 327: 1571-2.
9. EM Rodenburg. Sex-related differences in hospital admissions attributed to adverse drug reactions in the Netherlands. *Br J Clin Pharmacol*. 2011; 71: 95-104.
10. JD Greenspan, et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain* 2007; 132: 26-45.
11. B Holge-Hazelton, K Malterud. Gender in medicine – does it matter?. *Scand J Public Health* 2009; 37: 139-45.

Nice to have or need to have? Unraveling dosage of pain rehabilitation

Franka Waterschoot. Promotores: prof. dr. M.F. Reneman, prof. dr. J.H.B. Geertzen, prof. dr. P.U. Dijkstra. Rijksuniversiteit Groningen, 15 februari 2016.

Bas Sorgdrager

Chronische pijn is een veel voorkomende klacht in spreekkamers van bedrijfs- en verzekeringsartsen. Zij zien dat pijnmedicatie en andere vormen van pijnbestrijding geen oplossing hebben geboden. Pijnrevalidatie is bewezen effectief door de multidisciplinaire aanpak en de biopsychosociale benadering. Over de relatie tussen effectiviteit en efficiëntie van de behandeling is weinig bekend: hoe lang moet het traject duren met hoeveel contacten? Het proefschrift beschrijft een onderzoek naar de optimale dosis van pijnrevalidatie.

Franka Waterschoot (als ergotherapeut opgeleid) start zoals elke promovendus met een *systematic review*. Het doel was inzicht te krijgen in de benodigde 'dosis' van pijnrevalidatie om een gewenst effect te bereiken. Zij includeerde artikelen die ervaren beperkingen of arbeidsparticipatie of kwaliteit van leven als effectmaat hadden omschreven. Zij heeft achttien publicaties kunnen selecteren. De dosis van de behandelingen in contacturen varieerde van 6,4 tot 196,8 uur. De effectiviteit van de dosis kon niet worden beoordeeld aangezien de dosering van de behandeling te veel verbonden was met andere variabelen.

Hoofdstuk 3 beschrijft een prospectieve cohortstudie (n=128) patiënten met chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat (HBA). Er werd een indeling gemaakt naar een behandelduur van minder dan 8 weken, tussen 9-12 weken, 13-16 weken en langer. De patiënten waren in deze studie niet aselekt verdeeld. Effectmaat was de 'Pain Disability Index' (PDI). Deze index verbeterde gedurende de behandeltrajecten, maar een effect van de duur van de behandeling was niet significant. De ervaren beperking nam in het begin van de behandeling sterker af dan later in het traject. Naarmate de initiële PDI-score hoger was, namen de beperkingen sneller af.

In een volgende studie waren patiënten wel gerandomiseerd (hoofdstuk 4). Het doel was het analyseren van een lagere dosis pijnrevalidatie ten opzichte van de huidige

dosis in het revalidatiecentrum. Ook hier was de PDI de uitkomstmaat. De resultaten van de korte revalidatieduur verschilden niet significant met de huidige dosis. Wel zijn er aanwijzingen dat het verkorten van de revalidatiebehandelingen mogelijk is. Interviews met patiënten en professionals over de duur van de behandeling en factoren als persoonsgebonden kenmerken, inhoud van de behandeling, sociale steun en kosten, waaronder reistijd, leverden verrassend weinig aanknopingspunten op. Een reden om de complexiteit van de casus in relatie tot de benodigde dosis pijnrevalidatie nader te bestuderen (hoofdstuk 6). Vooralsnog zijn de klinische ervaringen met de complexiteit van de aangeboden patiënten meer bepalend voor de keuze van de dosis van pijnrevalidatie dan keuze op basis van meetinstrumenten.

Pijnrevalidatie heeft bewezen mensen met chronische HBA pijn beter te laten functioneren. De praktijkvariatie van de revalidatie is echter groot wat betreft inhoud, vorm en duur. Er is een maatschappelijk belang om te komen tot een optimale dosering van het programma. De beschikbaarheid van programma's en kosten zijn daarbij bepalende factoren. Een marge zoals die in de literatuur wordt gevonden van 6-196 uur behandeling is natuurlijk fors. Interessant in het proefschrift is onder meer de bevinding dat er veel effect van de behandeling is in het begin van het traject. De bevindingen van het proefschrift leveren geen conclusies op over het moment in een traject waarna geen effect meer is te verwachten. De effectiviteit van een behandeling wordt uiteindelijk bepaald door het gestelde doel. Voorlopig blijft het bepalen van het optimum van de dosis revalidatie dus maatwerk op basis van klinisch redeneren. Voor bedrijfs- en verzekeringsartsen is het belangrijk dat pijnrevalidatie vooral is gericht op duurzame terugkeer in passend werk. Dat effect is nog onderbelicht. Het proefschrift van Franka Waterschoot levert wel handvatten om verbindingen aan te gaan met arbeidsrevalidatietrajecten.

'Is werken gezond?'

Waheeda Joemai

Op vrijdag 22 april 2016 organiseerden de Vlaamse en Nederlandse zusterverenigingen WVV en NVVG een gezamenlijk congres op de campus van de Universiteit van Antwerpen met als titel 'Is werken gezond?' In de afgelopen decennia is er in de maatschappij een toenemende bewustwording ontstaan dat werken gezond is. Het is bekend dat werknemers die betrokken zijn bij en plezier hebben in hun werk vaak productiever zijn en minder vaak ziek zijn. Maar wat nu als het werk zelf een bedreiging vormt voor de gezondheid?

De doelstelling van dit congres was om bedreigingen in het werk en de psychosociale aspecten daarvan te leren herkennen. Tijdens het congres was de ochtendsessie gewijd aan diverse gebeurtenissen en bedreigende situaties die zich in de werksituatie kunnen voordoen.

Dr. Ralph Corbey beschreef de huidige situatie op de werkvloer. Wat duidelijk werd is dat de manier waarop we onze werkzaamheden verrichten, in de loop van de jaren is veranderd. En ook de snelheid waarmee veranderingen optreden neemt toe. Onze dagtaken worden minder voorspelbaar, men werkt op meerdere locaties en ook onze instructies zijn minder helder doordat men meer initiatief verwacht van de medewerkers (zelfsturende teams) en de leidinggevende een coachende rol heeft gekregen. Ook is er vaak sprake van onzekerheid over de toekomst doordat een groot deel van de medewerkers geen vaste aanstelling heeft. Daarnaast raakt door de mogelijkheid om overal en altijd te kunnen werken de werk-privébalans soms verstoord. Volgens dr. Corbey wordt er onvoldoende rekening gehouden met de mensen die al deze veranderingen moeten ondergaan: de medewerkers. Dit alles leidt ertoe dat mensen minder plezier in hun werk kunnen ervaren, maar ook spanningsklachten kunnen ontwikkelen. Ook de ernst van deze spanningsklachten lijkt toe te nemen. Er wordt gedacht dat 37% van de afwezigheidsdagen kan worden toegeschreven aan spanningsklachten. De oplossing ligt volgens dr. Corbey in dit soort situaties in het *jobcrafting* en het *career crafting*. Dit door de huidige werkzaamheden aan te passen naar een betere 'moeten-kunnen-willen' balans en daarnaast een adequate planning te maken voor de toekomst.

Het volgende onderwerp betrof het pesten op het werk. Pesten wordt gedefinieerd als langdurige en systematische fysieke of psychologische mishandeling. Volgens spreker dr. Marius Rietdijk is er een oplossing. Dit betreft het beïnvloeden van gedrag. Er is vaak veel aandacht op de werkvloer voor zaken die niet goed lopen, maar minder aandacht voor de zaken die wél goed lopen. Positief gedrag moet worden beloond. Niet met financiële middelen, maar met waardering. Het eenmalig uiten van deze waardering is niet voldoende. Herhaling is nodig om ons gedrag te veranderen. Hierdoor komt de nadruk te liggen op gewenst gedrag en niet op ongewenst gedrag, wat pesten op de werkvloer tegen zou gaan.

Vervolgens sprak prof. dr. Lode Godderis over burn-out bij verzorgenden. Bijzonder was dat er eigenlijk geen diagnostische criteria zijn voor een burn-out. Zij besprak de drie fases van een burn-out:

- slecht slapen;
- de omgeving vindt dat er iets niet klopt;
- de daadwerkelijke burn-out.

De betrokkenheid van verzorgenden bij het werk is groot en de eerste signalen worden vaak gemist. Een burn-out is behandelbaar, echter zijn er ook preventieve maatregelen zoals je eigen kwetsbaarheden aanpakken en op tijd evalueren. Daarnaast is het van belang om stil te staan bij de competenties en de vaardigheden van de betreffende werknemer. Prof. Godderis benoemde ook dat het ontvangen van sociale steun van collega's van belang is en dat successen die door het team zijn behaald moeten worden gevierd. Dit laatste bevestigde het verhaal van dr. Rietdijk.

Vervolgens werd er gesproken over verlies en suïcidaal gedrag. Jaarlijks zijn er wereldwijd één miljoen suïcide pogingen. Drs. Martin Steendam besprak hoe suïcidaleiteit kan ontstaan. Iemand slaapt slecht door een opeenstapeling van stress, hij raakt uitgeput maar de stress neemt niet af. Er ontstaat hopeloosheid en daarna het gevoel dat de situatie nooit meer zal veranderen. Vervolgens kan er een doodswens ontstaan.



Drs. Steendam ziet een tentamen suïcidii (TS) als een oefening om dood te gaan. Tien procent van de eerste suïcidepogingen is geslaagd. In de weken na een TS is er een grote kans op een volgend TS. Daarnaast is bekend dat als er ooit een suïcidepoging was binnen het gezin, de

andere gezinsleden een tien keer zo grote kans hebben op overlijden aan suïcide. Drs. Steendam geeft aan dat er tijdens het spreekuur altijd gevraagd moet worden naar suïcide, ongeacht de voorliggende problematiek, omdat er sprake kan zijn van een verborgen doodswens.

Dagvoorzitter dr. Bernard Landmeters leidde ons soepel door het programma met relevante maar zeker ook humoristische filmpjes die de onderwerpen van de dag aan elkaar verbonden en ook voor een moment van ontspanning zorgden door de dag heen. Het programma werd afgerond met een korte samenvatting door de dagvoorzitter, waarin de relevante leerpunten van de dag werden weergegeven:

- de manier waarop we onze werkzaamheden verrichten is veranderd;
- werk, de werkomgeving en collega's kunnen stress veroorzaken en zo een bedreiging vormen voor de gezondheid;
- om gedrag te kunnen veranderen moet de nadruk komen te liggen op het belonen van positief gedrag.

NVAB Bedrijfsgeneeskundige Dagen 2016

'Leve(n) Lang Werken'

Bertus Robeer

Op 26 en 27 mei 2016 werd op Nationaal Sportcentrum Papendal de 61^e editie van de Bedrijfsgeneeskundige Dagen gehouden. Dit keer met als titel 'Leve(n) Lang Werken'. De verwachtingen waren hoog gespannen. Immers, de positie en rol van de bedrijfsarts staan al jaren onder druk en de politieke discussie over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg geeft veel stof tot nadenken. Dat vraagt vanuit de beroepsgroep een sterke visie, in het bijzonder op de rol en positie van de bedrijfsarts. De NVAB heeft hierin een duidelijk standpunt.

Jurriaan Penders, voorzitter van de NVAB, was de eerste plenaire spreker. Hij ging uitgebreid in op de ontwikkelingen in het (politieke) veld en de stappen die door de vereniging worden ondernomen om de positie van de bedrijfsarts in de toekomst verder te gaan versterken.

Carel Hulshof, bijzonder hoogleraar Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, behandelde het thema van (gezond) langer doorwerken en liet zijn licht schijnen op de (preventieve) taken van de bedrijfsarts in de ons omringende Europese landen. Hij brak een lans voor Health Surveillance.

Prof. dr. Beatrice van der Heijden, hoogleraar Strategic Human Resource Management, gaf vanuit een andere invalshoek haar visie op het thema langer doorwerken. *Lifetime employability* in plaats van *lifetime employment*. Zelfsturing met betrekking tot het eigen carrièreverloop staat hierbij centraal en werknemers nemen daarbij verantwoordelijkheid voor hun carrière, mobiliteit en inzetbaarheid. Deze ontwikkeling past in het huidige tijdsbeeld waarbij organisaties flexibel, snel, innovatief en sterk concurrerend dienen te zijn. Hierdoor verandert ook de verhouding tussen een organisatie en haar werknemers.

Michaël van Straalen, voorzitter Koninklijke Vereniging MKB Nederland, gaf een beeld van de ondernemer binnen MKB en de dilemma's die het ondernemerschap met zich meebrengt. MKB staat voor maatwerkoplossingen als het gaat om duurzame inzetbaarheid van werknemers en ziet de bedrijfsarts als sparringpartner van de werkgever. Preventie zou daarbij voorop dienen te staan. Bruggen slaan tussen praktijk en wetenschap.

Wat is dan het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van de bedrijfsarts en wat kan wetenschap hierin betekenen? Dit kwam op beide dagen uitgebreid aan bod in presentaties over klinische onderwerpen, zoals in de plenaire lezingen van neuroloog Raymund Roos (herseneninfarct) en Thomas Rustemeyer (handeczeem) en in de parallelsessies (kanker en werk, ziekte van Parkinson, niet-aangeboren hersenletsel en knieartrose).

Ook wetenschap kreeg op de Bedrijfsgeneeskundige Dagen alle ruimte en eigent zich met recht een steeds grotere rol toe. De posterpresentaties zijn hiervan een sprekend voorbeeld. Het enthousiasme en de vastberadenheid waarmee onderzoekers hun onderzoeken presenteren verdienen grote waardering. Wetenschap evolueert en onderzoekers verkennen nieuwe grenzen.

Bijzonder om te mogen ervaren met welke gedrevenheid hoogleraar Jacques van der Klink nieuwe uitdagingen aangaat. *'To work or not to work'* was de titel van zijn lezing. Met volle overtuiging gaf hij zijn visie op de noodzaak tot verandering op het gebied van (duurzaam) werken en gezondheid en de mogelijke oplossingen die hij ziet. Hij ziet een oplossing in een waardeherziening waarbij het consumptieaspect van werk centraal komt te staan en de waarde 'inkomen' anders wordt ingevuld. Werk zou daarbij moeten bijdragen aan andere waarden, zoals zingeving, geluk, creativiteit en welzijn. Koren op de molen van de welbespraakte Erik Scherder, hoogleraar neuropsychologie, die in sneltreinvaart de werking van ons brein ontmaskerde en de aanwezige bedrijfsartsen in beweging bracht. Zijn boodschap: mensen beweeg!

Michiel Peereboom, arts en cabaretier, trad beide dagen op als dagvoorzitter. Hij was scherp van de tongriem gesneden en kreeg de deelnemers goed in beweging. Dat zelfde gold voor Kees van Vliet, die al fietsend op het podium verscheen en met muzikale omlijsting (muziek uit de sixties) inging op verleden, heden en toekomst van het kwaliteitsbureau NVAB.

Gregor Breucker uit Duitsland presenteerde het project *‘Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt’* gericht op reductie van stress in de werkomgeving. Een belangrijk thema dat ook terug kwam in de lezing van Jan Auke Walburg, die vanuit zijn achtergrond positieve psychologie, de bedrijfsarts handvatten en tools aanreikte om werknemers gezond te houden.

Samenwerking tussen (medische) professionals is een terugkerend en nog steeds actueel thema waar, alle inspanningen van de laatste jaren ten spijt, nog veel winst te boeken valt. Jacobine van Geel, voorzitter GGZ Nederland, was pleitbezorger van een betere samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de bedrijfsarts. Paulien Brunings, beleidsontwikkelaar bij één van de grote zorgverzekeraars, gaf een toelichting op een initiatief om de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts te verbeteren. Mooie initiatieven, maar is bedrijfsgezondheidszorg wel (kosten)effectief? Professor Allard van der Beek nam de deelnemers mee in de principes van epidemiologie en arbeid en verschillende soorten economische evaluaties, getoetst aan praktijkvoorbeelden. Van zijn *take home messages* noem ik er twee: preventie kost vaak veel geld, voor een klein effect en werkhervatting bespaart geld, soms erg veel! Dit raakt meteen de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg.

Dit alles vraagt om een gemeenschappelijke visie van alle artsenorganisaties op het verband tussen arbeid en gezondheid en de positie van de arts daarin. De KNMG is daartoe een project gestart en heeft een toekomstvisie

ontwikkeld onder de titel ‘Zorg die werkt’. Gerrit van der Wal, voorzitter van de commissie, bestaande uit vertegenwoordigers van alle KNMG-federatiepartners, gaf een bloemlezing van het project, de knelpunten en mogelijke oplossingen die moeten resulteren in een versterking van de arbeidsgerichte medische zorg. In de toekomstvisie zijn een aantal vernieuwingen opgenomen, zoals: oriëntatie op verzorging en participatie; structureel aandacht voor factor arbeid in huisartsgeneeskunde en medisch specialistische zorg; introductie arbeidsarts in eerstelijnsgezondheidszorg (en in de tweede lijn) en een arbeidsarts voor alle werkenden. Er is nog veel werk te doen voor de federatiepartners, ook de NVAB.

Als laatste spreker nam Ard Schenk bezit van het podium. Hij heeft als schaatser zijn sporen in de sport verdiend en was meerdere malen wereld- en olympisch kampioen. Hij is pleitbezorger van een gezonde leefstijl. De kern daarvan ziet Schenk in de BALANS in het dagelijkse leven. Voor elke mens een uitdaging!

Het congres werd afgesloten met een overzicht van wat er op beide dagen de revue is gepasseerd, met aansluitend nog de gelegenheid voor napraten. De Bedrijfsgeneeskundige Dagen waren sfeervol en blijven een belangrijk platform van en voor bedrijfsartsen. Deze keer op de Bedrijfsgeneeskundige Dagen geen kruitdampen of vuurwerk, maar er mag worden verondersteld dat dit gezien alle nieuwe ontwikkelingen en uitdagingen volgend jaar anders zal zijn.

Van welfare naar workfare

EUMASS 2016 Ljubljana, Slovenië

Chantal Gielen, Wim Otto



650 deelnemers uit 25 landen namen in juni 2016 deel aan het congres van de European Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS) in Ljubljana.

Professor Kurt Pärli uit Zwitserland zette de toon, ook al kwam hij pas op de tweede dag aan het woord. Hij schetste het spanningsveld waarin we (Europa!) terecht zijn gekomen na het faillissement van de verzorgingsstaat. Welhaast gedwongen arbeidsparticipatie aan de ene kant tegenover de rechten van patiënten en die op sociaal gebied aan de andere kant. Heel herkenbaar voor de aanwezige Nederlanders, gezien de oplaaiende discussies na de invoering van de Participatiewet.

Verhalen

Dat de organisatie bij dit congres bewust de kwalitatieve invalshoek wilde betrekken bleek al meteen bij de eerste presentatie. Een bijzondere inbreng van professor Geert Van Hove (België). Hij focust met zijn onderzoek naar de 'verhalen' van mensen met beperkingen, volledig op een kwalitatieve benadering. Mensen zijn verhalenvertellers en door het optekenen en analyseren van die verhalen weten we pas echt wat er gebeurt in de praktijk. Op grond van die analyses is het mogelijk om oplossingen te bedenken voor het probleem dat veel mensen met een beperking moeite hebben werk te verkrijgen en te behouden. En dat is noodzakelijk, zo betoogde Van Hove, omdat we in VN-verband de rechten van de 'beperkte' op werk en tewerkstelling hebben vastgelegd. Intussen heeft

hij veertien verhalen van mensen uit zeven verschillende landen beschreven.

Deze presentatie was van een andere orde dan wat wij gewend zijn aan *evidence-based* onderzoek. De waardering in de wandelgangen liep dan ook nogal uiteen. Maar er werd volop over gesproken en dat betekende een prima begin van dit congres!

Re-integratie

Tijdens het congres werd veel aandacht besteed aan *return to work* (RTW) en het belang daarvan voor de gezondheid. Professor Kristina Alexanderson (Zweden) beschreef op heldere wijze dat thuisblijven, oftewel *sickness absence*, op zichzelf een belangrijk gezondheidsrisico met zich meebrengt en zelfs een verhoogde kans op vroegtijdig overlijden geeft. Dit onderwerp kwam veel terug tijdens de verschillende voordrachten. In lijn daarvan benadrukte professor Haije Wind (Nederland) dat we moeten proberen om zo veel mogelijk jonge mensen met een handicap aan het werk te houden of te krijgen. De afbeelding hiernaast is een dia uit zijn presentatie. Er is eigenlijk maar een klein gedeelte van deze groep die absoluut geen arbeidsvermogen heeft, althans volgens de normen zoals die sinds 2015 in Nederland van kracht zijn. De eerlijkheid gebiedt wel te zeggen dat er een enorme kloof zit tussen hetgeen we van mensen verwachten en het aantal beschikbare arbeidsplaatsen. De vraag rijst dan ook of de gevolgen daarvan geheel bij de cliënten/werknemers mogen liggen, in die zin dat zij ondanks hun beperkte arbeidsvermogen geen recht hebben op een daaraan gerelateerde uitkering.

Mogelijk is meer ondersteuning bij het daadwerkelijk vinden van werk nodig. Een rol hiervoor kan liggen bij de gemeente.

Verder werd aandacht gevraagd voor de toenemende eisen op de werkvloer door reorganisaties, herstructureren qua werk en werkplek die flexibiliteit vergen van de werknemer en problemen opleveren voor mensen met een aanpassingsstoornis. Er kan worden gesteld dat er in

Criteria for disability benefit

- Ongoing disability?

If so: disability benefit

- No disability benefit:

municipality responsible

Does Kevin get a disability benefit?

NO!

- [

of age

reasons of working hours

- job arrangements

- Based on minimum wage (75%)



Research Center for Insurance Medicine AMC-UMCG-UWV-VUmc

toenemende mate van mensen met beperkingen wordt verwacht dat ze blijven werken in een omgeving waar steeds meer eisen aan hun functioneren worden gesteld. Belangrijk in dit proces is de mogelijkheid tot het creëren van op het individu aangepast werk met wederom de nadruk op het behoud van werk.

Interessant in dit verband was de bijdrage van aankomend professor Corina Oancea (Roemenië). Uit onderzoek in vijftien landen bleek dat de meeste tijd wordt besteed aan beoordelingen en verwante activiteiten, slechts negen procent aan RTW. De respondenten gaven te kennen dat zij het van belang vinden meer betrokken te zijn bij RTW-activiteiten. In de meeste onderzochte landen bleken er ook geen richtlijnen voor verzekeringsartsen te bestaan die betrekking hebben op RTW.

Evidence-based medicine

Een belangrijk thema tijdens het congres was de toepassing van 'evidence-based medicine' (EBM), oftewel het met onderzoek onderbouwen van de beslissingen die je neemt als verzekeringsarts. Ook werd benadrukt dat het belangrijk is om binnen de verzekeringsgeneeskunde tot consensus te komen over definities van onder andere termen als 'verzekeringsgeneeskundige interventies', maar ook over de toegepaste statistische analysemethoden, zodat resultaten makkelijk geïnterpreteerd en uitgewisseld kunnen worden en de uniformiteit wordt vergroot. Tijdens de workshop 'Evidence-based disability evaluation' werd nader ingegaan op de inbedding van EBM in de verzekeringsgeneeskundige praktijk van enkele Europese landen en de Verenigde Staten.

Rebecca Weida (Zwitserland) had een internationaal onderzoek gedaan naar de behoeften onder verzekeringsartsen naar EBM. De top drie qua onderwerpen bleek te liggen op het gebied van prognosestelling, het beoordelen van werkgerelateerde risico's en het beoordelen van arbeidsvermogen. EBM werd door de grote meerderheid omarmd, men voelde zich ook in staat evidence te vinden en te lezen, maar ongeveer de helft van de respondenten gaf aan behoefte te hebben aan een training hoe de evidence te interpreteren en in de praktijk toe te passen. Ook wat dit betreft lijkt Nederland voorop te lopen met een EBM-training die door alle verzekeringsartsen kan worden gevolgd sinds enkele jaren.

Beoordelen

Diana Brandt (Verenigde Staten) presenteerde een softwareprogramma genaamd CAT (*computer adaptive testing*) gebaseerd op de IRT (Item Response Theory). Dit zou wel eens een belangrijk hulpmiddel kunnen worden bij het beoordelen van arbeidsvermogen. Het komt erop neer dat de te testen persoon een reeks vragen krijgt voorgelegd die per domein (zoals mobiliteit) op moeilijkheidsgraad zijn gerangschikt. Afhankelijk van het antwoord selecteert de computer vervolgvragen. Vragen die geen extra informatie kunnen opleveren worden overgeslagen. Op die manier kan met een beperkt aantal vragen een 'functioneel profiel' worden gecreëerd. Het lijkt misschien simpel, maar om tot betrouwbare profielen te komen is inmiddels zeven jaar in de ontwikkeling van dit instrument geïnvesteerd.

Nederland als voorbeeld

Leuk was de voordracht van professor Oskar Mittag uit Duitsland waarin hij de sociale zekerheidsstelsels en re-integratie-inspanningen tussen verschillende Europese landen vergeleek. Hij nam hierbij Nederland als uitgangspunt en als voorbeeld voor de andere landen. Een belangrijk verschil met andere Europese landen is het doorbetalen van het loon in de eerste twee jaar van ziekteverzuim door de werkgever en het denken in verlies van inkomen. Hij benadrukte dat het Nederlandse systeem zoals dat nu is allerlei prikkels bevat om aan het werk te blijven of weer aan het werk te gaan, zoals toenemend inkomen bij gedeeltelijke terugkeer naar werk, waar elders bij werkhervatting, hoe gering ook, de gehele uitkering vervalt.

Nederlanders in beeld

Niet alleen als *key-note speaker*, maar ook tijdens de parallelsessies en bij de workshops, waren de Nederlandse deelnemers volop aanwezig met eigen bijdragen of als moderator. Zonder anderen tekort te willen doen hierbij een kleine selectie.

Henk Jan Boersema (verzekeringsarts bezwaar en beroep en onderzoeker UMCG) kon een Europese bijdrage leveren met zijn onderzoek naar de beoordeling van duurbelastbaarheid in een groot aantal Europese landen. Hij wist onder andere te vermelden dat een tiental landen beschikt over een richtlijn op dit punt en dat de Nederlandse criteria ook elders worden herkend.

Een heel degelijk en ook wel uniek onderzoek werd gepresenteerd door Marloes Vooijs (psycholoog en onderzoeker AMC): een systematische review van reviews. Thema:

interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie bij mensen met een chronische ziekte. Onder de ruim 3.000 'hits' bleken iets meer dan 100 artikelen schuil te gaan waarvan uiteindelijk slechts drie effectieve interventies gericht op werk beschreven. Op grond daarvan kan dan wel met enig gezag worden geconcludeerd dat op werk gerichte interventies arbeidsdeelname kunnen bevorderen (wat lang niet altijd uit veel onderzoek van de laatste jaren naar voren is gekomen).

De bijdrage van Annette de Wind (adviseur verzekeringsarts en onderzoeker KU Leuven) mag zeker niet onvermeld blijven. Zij is al jaren hét gezicht van Nederland in EUMASS-kringen en verzet heel wat werk als algemeen secretaris van het EUMASS-bestuur. Tijdens dit congres was zij een duizendpoot: zorgen dat alles goed verloopt, nog een kort optreden op het podium, een rol als moderator bij een workshop en een eigen presentatie over de ICF als basis voor de sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen.

Tenslotte Maastricht

Nederland had in de persoon van Paula Eken (stafverzekeringsarts bezwaar en beroep) het laatste woord tijdens dit congres met de aankondiging van de volgende editie die van 4 tot 6 oktober 2018 in Maastricht zal worden gehouden. De spetterende promotiefilm zal veel aanwezigen hebben geprikkeld die data alvast in hun agenda te noteren.

U kunt het Book of Abstracts en de meeste presentaties downloaden via: www.eumassslovenia.com/index_eng.html.

TBV: we werken aan de toekomst van het blad!

Katrien Mortelmans, Rolf Blijleven

Veel Nederlandstalige medische tijdschriften transformeerden. Met zicht op een nieuwe hoofdredacteur voor TBV (Wim Otto), achtte Springer Media de tijd rijp om op een Invitational Conference inspiratie op te doen, als aanzet tot de toekomstplannen voor TBV.

Wij bieden u een inkijkje in discussies voortvloeiende uit twee stellingen voorgelegd aan een forum van wijzen, dat bestond uit: Nico Plomp, emeritus universitair hoofddocent aan het VUMC in Amsterdam; Jerry Spanjer, verzekeringsarts bij UWV Assen en verbonden aan het UMC Groningen; Paul Kuijer, universitair docent bij het Coronel Instituut en Dolf Algra, zelfstandig bedrijfsarts.

De eerste stelling is van Nico Plomp:

Stelling 1: “Wetenschap en praktijk zijn de afgelopen decennia steeds verder uit elkaar gegroeid; een actief en zelfbewust redactiebeleid is gewenst om de kloof tussen beide te overbruggen.”

Plomp stelt dat de huidige sociaal geneeskundige internationaal moet publiceren en mede afgerekend wordt op zijn score in citatie-indexen. Publicatie in TBV draagt daar niets toe bij en is daarom minder interessant. Daarnaast ziet Plomp dat de praktijk zich steeds meer naar markt en mode is gaan richten.

Plomp pleit voor het aanhalen van de band tussen wetenschap en praktijk. De TBV-redactie moet een breed netwerk onderhouden van mensen in de praktijk, de wetenschap en de samenleving en moet mensen uit dat netwerk uitnodigen om te publiceren.

Jerry Spanjer sluit zich aan bij Nico Plomp, maar Paul Kuijer weerlegt: “Wetenschap en praktijk zijn juist nog nooit zo sterk met elkaar vervlochten als nu. Voor velerlei typen patiënten is er wetenschappelijke informatie onder handbereik in de vorm van richtlijnen en protocollen.”

Dolf Algra stelt dat de praktijk in richtlijnen en protocollen niet voorkomt. Volgens de Richtlijn Computerwerk bijvoorbeeld, is er geen wetenschappelijke onderbouwing voor enig houdingsadvies, maar hij geeft juist veel houdingsad-

vies, onder andere op basis van Nieuw-Zeelands onderzoek dat echter in Nederland nooit is opgepikt. “TBV zou meer praktijkgerichte artikelen moeten publiceren, gebruikmakend van de wetenschap in de praktijk”, aldus Algra.

Stelling 2: “TBV heeft last van een V&D-probleem: niet goed, niet slecht, maar wel te veel *middle of the road*.”

Met deze stelling vraagt Dolf Algra zich af: “Past TBV zich voldoende aan, of niet? Ik lees TBV, ik geef het een rapportcijfer 7 en toch heb ik het idee dat TBV zich niet genoeg aanpast. Het ontwikkelt zich wel, maar vergelijk het met Quintesse. Dat bestaat nog maar vier jaar en heeft 1000 abonnees. Is Quintesse misschien de La Place van V&D? Volgens mij moet er een sterkere connectie komen met de beroepsgroep: grote arbodiensten en zzp-organisaties zouden moeten meebetalen aan het blad, omdat hun mensen daar voordeel bij hebben. TBV mag van mij zakelijker – niet commerciëler! – ondernemen. Doet TBV dat niet, dan heeft het over vijf jaar een V&D-probleem.”

“TBV heeft 1700 bedrijfsartsen en 1000 verzekeringsartsen als abonnee, automatisch bij het lidmaatschap van NVAB en NVVG. Ik vind TBV erg naar binnen gericht. TBV kan leren van NTvG en Medisch Contact: meer casussen, meer gebruik maken van digitale media en beter gericht op de lezer.”

De zaal denkt mee. “Veel arboprofessionals hebben geen goed wetenschappelijk georiënteerd vakblad. TBV kan zich daar meer op richten. Voor auteurs wordt het dan ook aantrekkelijker, want die bereiken een breder publiek”, zegt Harald Miedema, lector Arbeid en Gezondheid bij Kenniscentrum Zorginnovatie in Rotterdam. Dit vindt bijval. “De beroepsverenigingen hebben de deuren te veel gesloten. Waarom zou je geen psychologen, arbeidshygiënist en kankerdeskundigen toelaten, ook tot congressen en de BG-dagen?”, zegt Frank van Dijk, emeritus hoogleraar gezondheidswetenschap.

De voorzitter constateert dat het onderwerp de tongen losmaakt, maar rondt de discussie onverbiddelijk en op tijd af. Wilt u reageren? Stuur uw reactie aan: TBV.Otto@gmail.com.

Marc Du Bois

Back to basic:

Belgisch toekomstplan voor academische verzekeringsgeneeskunde

Rolf Blijleven, Katrien Mortelmans

In maart werd Marc Du Bois (1968) benoemd tot hoofddocent Verzekeringsgeneeskunde aan de Faculteit Geneeskunde van de Katholieke Universiteit van Leuven. TBV sprak met hem over zijn toekomstplannen en over de toestand van de verzekeringsgeneeskunde in Nederland en België.

Mogen we u al professor noemen?

Ja, dat moogt u. In Vlaanderen hebben we aan universiteiten en masteropleidingen de rangen docent, hoofddocent, hoogleraar en gewoon hoogleraar, die allemaal de aanspreektitel 'professor' hebben. Vanaf 1 maart 2016 ben ik hoofddocent. Maar die titel vind ik op zichzelf niet zo belangrijk – een professor, *professeur en français*, is eigenlijk een leraar, maar mijn opdracht is breder: niet alleen lesgeven, maar ook maatschappelijke dienstverlening en wetenschappelijk onderzoek. En vooral dat laatste is voor de universiteit belangrijk.

Wat zijn uw plannen voor de toekomst?

Back to basic. Mijn voorganger, Peter Donceel, was de eerste die re-integratie en *return to work* als politiek item en als onderzoeksonderwerp op de kaart heeft gezet. Voordien vond men dat je dat niet als een resultaatparameter kon zien, omdat allerlei oncontroleerbare factoren, zoals de economie, ook van invloed zijn. Dat re-integratie als apart topic wordt onderkend, dat wil ik behouden; maar daarnaast is voor mij ook de evaluatie an sich belangrijk, en die zie ik ruimer dan puur de evaluatie van arbeidsongeschiktheid. Ik ga terug op het ICF-model. Stoornis, het eerste punt van het ICF-model, gaat over fysieke schade: hoe beoordeel je iemand die een nier kwijt is, los van de arbeidsongeschiktheid? Hoe beoordeel je gehandicapten die vaak hun hele leven niet kunnen werken, maar die wel moeten participeren in de maatschappij? Hoe kun je die re-integreren in de samenleving? Wat en hoe kun je op dat gebied meten? Over de gehele linie in de verzekeringsgeneeskunde, dus zowel in de sociale verzekeringen als in de privé-verzekeringen, wordt evaluatie steeds belangrijker: voldoet iemand al dan niet aan de criteria in de polis of in bepaalde wetgeving? Wat is het risico op langdurige

arbeidsongeschiktheid of overlijden? Pas als die evaluatie correct is, kun je gaan re-integreren. Vandaar 'back to basic'.

Wat heeft u doen besluiten tot die koerswijziging?

Het is een maatschappelijke noodzaak. In België zien we het aantal langdurig arbeidsongeschikten in de laatste paar jaar steeds sneller stijgen. In België noemt men dat invaliditeit, een vreselijke term, maar goed, het zijn de mensen die meer dan een jaar onder de Belgische ziekteverzekering vallen. Het totale bedrag dat we betalen aan mensen die langdurig ziek zijn overstijgt sinds kort wat we betalen aan werkloosheidsuitkeringen. Het aantal mensen dat in principe kan werken neemt dus af, het aantal arbeidsongeschikten neemt toe. Maatschappelijk is er dus meer vraag naar een soort poortwachtersfunctie, zoals Nederland die al langer heeft.

Pas als de evaluatie correct is, kun je gaan re-integreren

Enige tijd geleden spraken we François Perl, directeur van het RIZIV (de Belgische pendant van het UWV, red.). Hij zag die verschuiving aankomen. Criteria voor een werkloosheidsuitkering zijn stringenter geworden, dus meer mensen melden zich nu aan voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Is dat de oorzaak?

Dat wordt wel gezegd, maar er is discussie over. Sommigen noemen het communicerende vaten: wie niet meer terecht kan in de werkloosheidsverzekering wordt dan maar aanvaard in de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dit betekent in feite dat je als verzekeringsarts niet goed bezig bent, je hebt immers toch die poortwachtersfunctie. Maar belangrijker: het is niet zwart-wit. Veel werklozen lijden (psychisch) onder het feit dat zij geen werk hebben. Daarom is het belangrijk dat wij, verzekeringsgeneeskundigen, voor onze opdrachtgevers, overheid



en verzekeraars, expertise opbouwen over psychische klachten.

Die is er nog weinig, en de meningen zijn zeer verdeeld. Soms heb ik een deskundigencollege met drie of vier psychiaters die elkaar allemaal tegenspreken. Kan iemand die borstkanker gehad heeft weer aan het werk? Vraag het aan vier verschillende artsen en je krijgt vier verschillende antwoorden. Op de opdrachtgevers maakt dat een slechte indruk. Verschillen in beoordeling kun je nooit volledig elimineren, maar we kunnen wel meer uniformiteit aanbrengen in de manier van evalueren, en we kunnen ook meer doen aan leidraad- en richtlijnontwikkeling.

Vier artsen, vier tegengestelde meningen

Als er geen consensus is over de manier van evalueren, dan zijn de uitkomsten van de evaluaties ook niet goed te vergelijken.

Arbeidsongeschiktheidsduur is een belangrijke parameter. In de VS is het gemeengoed om die te onderzoeken en daarover te publiceren. Er zijn overzichten van wat de gemiddelde, de minimale en de maximale arbeidsongeschiktheidsduur per ziektebeeld is. In Frankrijk publiceert de *Haute Autorité de Santé* die cijfers ook. Het moet geen kookboekgeneeskunde worden, maar er zijn wel degelijke cijfers waarop de arts zich kan baseren, al naargelang de zwaarte van het beroep. Als een arts bij een claimbeoordeling een veel langere duur erkent dan je op grond van de literatuur zou verwachten, dan dient hij dat te onderbouwen. Nu gebeurt dat nog nauwelijks. Dat stoort mij, want zo blijven allerlei zaken in het vage en is er verder ook geen discussie mogelijk. En bovendien bewijzen we de verzekerde hiermee geen goede dienst.

Het moet in principe ook niet uitmaken of iemand onder een sociale verzekering valt, of onder een privé-verzekering. Bij beide moet worden beoordeeld 'volgens de geldende medisch-wetenschappelijke inzichten', punt. In principe heb je maar één loketfunctie nodig, waarachter eender welke verzekeringsarts de gehele problematiek evalueert en rapporteert. Dat rapport zou erkend moeten worden door eender welke uitkerende instantie, of dat nu de overheid is of een mutualiteit of een privé-verzekeraar.

De praktijk is juist erg versnipperd. De ene verzekeringsarts werkt voor een arbeidsongevallenverzekeraar, de ander voor de ziekteverzekering, er is een derde voor beroepsziekten, en een vierde voor werkloosheid. Hun evaluaties spreken elkaar dikwijls tegen. En dan krijg je een pingpongspel van de ene naar de andere verzekeraar, een zoektocht naar de beste vergoeding. Voor de mensen is het ook moeilijk, want doordat die kluwen van instanties zo complex is, kunnen zij hun rechten niet makkelijk laten gelden. Terwijl je in principe zou kunnen volstaan met één rapport. Dat was ook de wens van de minister, maar het is er nog niet van gekomen.

Verzekeringsartsen hebben in feite onvoldoende leidraad. Zijn ze wel voldoende opgeleid?

Er zijn hiaten. Levensverzekeraars vragen mij bijna dagelijks naar het risico op sterfte. Je moet die kunnen inschatten, maar in de opleiding is daar geen aandacht voor. Als verzekeringsarts moet je je baseren op de rapportages van collega-medici, maar je moet ook grasduinen in literatuur om te komen tot een goed advies aan de opdrachtgever. Leren opzoeken komt in de opleiding te weinig aan bod.

Wat houdt de opleiding nu in?

We beginnen met een belangrijk luik rond schade: wat is schade, wat zijn componenten van schade en hoe meet

je die? Het ICF-model komt aan bod, de AMA-richtlijnen (American Medical Association), de Belgische OBSI (Officiële Belgische Schaal ter bepaling van graad van Invaliditeit, red.). Daarna is er een belangrijk luik re-integratie, waarin onder andere het SPICE-model aan de orde komt. Het SPICE-model van Colledge is gebaseerd op een veelgebruikte methodiek in de militaire en sportwereld als model om mensen te motiveren om opnieuw de activiteit te hervatten. Spice staat voor Simplicity, Proximity, Immediacy, Centrality en Expectancy.

Simplicity of eenvoud impliceert dat men de zaken best niet ingewikkelder maakt dan nodig. Dus geen onnodige diagnostische onderzoeken of behandelingen voor benigne aandoeningen zoals aspecifieke rugpijn.

Proximity of nabijheid betekent dat de aanpak van arbeidsongeschiktheid zoveel mogelijk in de arbeidssituatie plaatsvindt.

Immediacy of directheid speelt daar verder op in en houdt in dat men het herstel zo snel mogelijk moet opstarten.

Centrality impliceert dat alle behandelingen eenzelfde doel moeten nastreven en op elkaar afgestemd moeten zijn. Dit versterkt het pleidooi van de multidisciplinaire aanpak van arbeidsongeschiktheid.

Expectancy of verwachting speelt in op de vaststelling dat patiënten zullen doen wat van hen verwacht wordt. Hieruit volgt dat het belangrijk is hierover te communiceren en de verwachtingen betreffende een snelle werkhervatting ook duidelijk uit te spreken.

Die twee, schade en re-integratie, vormen de basis. Ik probeer om meer op de praktijk te richten. Ik gebruik daarvoor ten eerste het Amerikaanse model om arbeidsongeschiktheid te evalueren. Iemand kan arbeidsgeschikt zijn maar een risico inhouden voor zichzelf, bijvoorbeeld bij epilepsie, of voor anderen, bijvoorbeeld bij besmetting. Ten tweede meten we de fysieke en psychische capaciteit zoals de gewrichtsbewegelijkheid (met behulp van een goniometer) of concentratiestoornissen (aan de hand van ADL activiteiten) en ten derde *tolerance of motivation*. Iemand kan perfect arbeidsgeschikt zijn, en voldoende capaciteit hebben, maar als de motivatie ontbreekt, werkt het niet. We gebruiken het *flags*-systeem.

Hoe lang duurt de opleiding?

De opleiding is interuniversitair, duurt twee jaar in deeltijd.

Wie betaalt de opleiding?

De cursist. We hebben altijd het principe gehuldigd dat opleidingen open zijn voor iedereen. Je moet daarvoor niet afhankelijk zijn van een werkgever. Het cursusgeld ligt in de orde van grootte van € 890,- per jaar, dus aanzienlijk lager dan in Nederland.

Hoeveel verzekeringsartsen zijn er in België?

Ruwweg een 500: 250 voor de mutualiteiten, 250 voor de privé-verzekeraars.

Kun je stellen dat de geneeskundige praktijk in België *evidence-based* is?

Nee, en ook de reguliere geneeskunde in België is dat niet. Ik hoef maar te verwijzen naar polymedicatie in de bejaardenzorg. Er zijn weinig studies naar de effectiviteit van geneesmiddelen in de ouderenzorg. Kijk je naar de gehele Belgische geneeskunde, dan is de verzekerings-geneeskunde misschien het minst *evidence-based*.

Evidence-based is geen conditio sine qua non

Maar *evidence-based* is geen *conditio sine qua non*. Je kunt niet alles vatten in wetenschappelijke literatuur en je kunt ook niet wachten tot alles wetenschappelijk is onderzocht voordat je overgaat tot medisch handelen. *In the long run, we're all dead*, zei Keynes. Er speelt ook een zeker *Fingerspitzengefühl*. Dat kun je wel degelijk aanleren, met stages en in teamverband. Maar ook het RIZIV (Belgische UWV) begint met leidraden.

In Nederland zeggen veel mensen dat EBM is doorgeslagen.

Ja. Eén van de lesopdrachten die Peter Donceel heeft bedacht is 'kijk naar de Nederlandse richtlijnen.' Ik voeg daaraan toe 'vertaal ze naar de Belgische praktijk.' In België zijn we graag pragmatisch. We zoeken objectieveerbare markers, voor bijvoorbeeld depressie, of reuma. Maar objectivering is zeker een leemte in de verzekerings-geneeskunde, ook in België. De vraag die we ons stellen is: is het verhaal van de patiënt plausibel, en als dat niet zo is, beseft de patiënt dat wel? Denk aan de verwachte arbeidsongeschiktheidsduur. De patiënt kan daar een heel verkeerd beeld van hebben, terwijl dat een belangrijke voorspeller is.

We moeten ziektegedrag detecteren en objectiveren. Patiënten vinden allerlei informatie op internet die ze te berde brengen bij een consult, maar je moet zien te achterhalen wat zij zelf ondervinden. Als iemand zegt dat ze concentratiestoornissen heeft, dan is de vraag: 'Hoe uit zich dat?' Iedereen vergeet weleens een boodschap bij de supermarkt, maar als iemand haar kind naar school brengt en het kind zegt 'Mamma, moet je hier niet stoppen? We zijn er al voorbij', dat is wel een teken.

Burn-out komt veel in de pers in België. Is het vaker een oorzaak van langdurige arbeidsongeschiktheid dan voorheen?

Zowel bij zelfstandigen als bij werknemers geven twee groepen stoornissen de grootste uitval: locomotorische stoornissen en psychische stoornissen. En we hebben in Vlaanderen de psychische stoornissen een beetje links laten liggen, omdat ze moeilijk te objectiveren zijn. Dus daar ligt een uitdaging. Er zijn mooie modellen voor, die moeten we meer gaan benutten.

U bent gepromoveerd op arbeidsongeschiktheid door ruglijden. Wat is de situatie daarmee nu?

Er is nieuwe wetgeving rond spine units, multidisciplinaire teams rond neurochirurgie. Bij discushernia of *degenerative disc disease* zet men de rugwervels vast (spondylodese, red.) – terwijl met een discusprothese de rug mobieler blijft. Spondylodese wordt van oudsher gezien als de gouden standaard, maar dat is nergens op gebaseerd en het wordt nu ook vanuit de wetenschappelijke hoek in twijfel getrokken. Nancy Epstein in New York heeft daarover gepubliceerd: bij de helft van de gevallen was het nut van die operatie discutabel in een second opinion. En daarmee is het een onderwerp voor ons: verzekeringsgeneeskunde is ook operationeel onderzoek. Daarmee doel ik op onderzoek naar de indicatiestelling van bepaalde ingrepen of gezondheidszorgen en het resultaat hiervan. Hierbij leunen wij nauw aan bij de gezondheidseconomie.

U was praktiserend verzekeringsarts en lid van de medische directie bij een mutualiteit. Nu stapt u over naar de academische wereld.

Onder de vlag van de mutualiteit deed ik ook al onderzoek, maar in die context kon men de onafhankelijkheid van onderzoek gemakkelijk in twijfel trekken. Niet dat ik daar ooit problemen mee heb gehad, maar je hebt de perceptie altijd tegen. Nu heb ik academische vrijheid, overstijg ik de belangen van de mutualiteiten en is de onafhankelijkheid van mijn onderzoek boven iedere twijfel verheven. En er wordt mij niks opgelegd. Ik moet mijn keuzes wel verantwoorden aan het bestuur van de KU Leuven, maar ik kan voorstellen wat ik wil.

Wat wordt uw onderzoeksagenda?

Ten eerste blijven arbeidsongeschiktheid en re-integratie belangrijk, de evaluatie van arbeidsongeschiktheid en schaalontwikkeling. Daarnaast mortaliteit na ziekte X of probleem Y. Dat zijn de drie onderzoekstakken. Ik ga ook samenwerken met professor Frank De Smet, hij is arts en civiel ingenieur en gespecialiseerd in *big data*. Ik hoop met hem, en in samenwerking met de ziekenfondsen, onderzoek te doen naar grote tendenzen. We hebben het gedaan rond rugoperaties. En wat een uitdaging is: nieuwe technologie. Iedereen heeft tegenwoordig een

smartphone en een computer thuis. Dus thuiswerken wordt een mogelijke stap bij re-integratie, en er komen steeds meer mogelijkheden voor patiënten om zichzelf te monitoren, met de arts op afstand. Er is nog wel een privacyvraagstuk, maar die nieuwe mogelijkheden mogen we niet uit de weg gaan.

Hoeveel hoogleraren Sociale Geneeskunde zijn er in België?

Bij mijn weten ben ik nu de enige. Mijn Waalse collega Freddy Falez is sinds dit jaar op pensioen. Voor hem moet nog een opvolger worden gezocht.

Professor Sandra Brouwer, onlangs benoemd in Nederland, is gespecialiseerd in de re-integratie van kwetsbare groepen. Wat is daarmee de situatie in België?

In België heeft dat hoofdzakelijk betrekking op chronisch zieken. Ik ben al enige jaren lid van het bestuur van de patiëntenvereniging voor mensen met chronische pijn. Het RIZIV heeft een observatorium chronische ziekte. Het gaat dan vooral om de erkenning van de ziekte. We werken niet met lijsten van aandoeningen, want ten eerste verouderen die snel en ten tweede zegt het niet alles. De ene diabeticus kan gewoon werken, de andere niet. Dus we werken met functionaliteit: wat kan men nog wel, wat kan men niet meer?

Nederland heeft een Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde waarin acht hoogleraren zitting hebben. Is er iets vergelijkbaars in België?

Je hebt in België twee grote groepen: gezondheidszorg enerzijds, en uitkeringen anderzijds. Voor de laatste is er een kenniscentrum arbeidsongeschiktheid en uitkeringen aan het RIZIV. Die besteden onderzoeken uit en financieren die ook.

De verzekeringsarts moet de regie houden!

Wat is in België de politiek-maatschappelijke verhouding tot de verzekeringsgeneeskunde? Zijn daar ontwikkelingen?

Het onderwerp langdurig arbeidsongeschiktheid is veel in het nieuws, en daarin komt de rol van de verzekeringsarts onmiskenbaar naar voren. In België legt de sociale verzekeringsarts van de mutualiteit weliswaar een eed van onafhankelijkheid af, maar in de praktijk werkt de verzekeringsarts binnen een ziekenfonds en de vraag is – eigenlijk al dertig jaar – of dat model houdbaar is. De politiek wil dat ook dat er meer gebeurt aan *disability case management*. Daar is onlangs ook een opleiding voor

opgericht. En multidisciplinair werken met paramedici is in opkomst. Op zichzelf heeft dat goede kanten, want de verzekeringsarts, die normaal nogal solo werkt, kan de ondersteuning qua ergonomie en psychologie wel goed gebruiken. Arbeidsongeschiktheid is meer dan een medisch probleem.

Maar in een multidisciplinair team moet er altijd één eindverantwoordelijk zijn en momenteel is dat nog de verzekeringsarts. Hij bepaalt welke teamleden bij een bepaalde patiënt moeten worden ingeschakeld. Echter, sommige opdrachtgevers werken niet zo. Dan gaat de patiënt eerst langs allerlei paramedici en aan het eind moet de verzekeringsarts daar een rapport van maken. Dat werkt niet! En je ondergraaft ook de kwaliteit van het teamwork. Ik vind daarom dat de verzekeringsarts de regie moet houden. Wat evenmin helpt is de laatste trend om te quoteren: de verzekeringsarts moet minimaal zoveel patiënten per dag doen. Maar de ene patiënt is nu eenmaal moeilijk, en de andere niet; dus strikte quotering werkt niet. Opdrachtgevers willen invloed en creëren een bepaalde omgeving, maar hebben ook hun verantwoordelijkheid voor het welslagen van het werk van de verzekeringsarts. Een recente trend is dat het aantal langdurig arbeidsongeschikten dat in deeltijd is gaan werken, enorm is gestegen. Die hebben deels een uitkering, deels inkomen uit werk. Dat wordt over het algemeen als positief gezien, zowel door de mensen zelf als door de verzekeraars. Maar de

vraag is of die niet voltijds kunnen werken. Als iemand voltijds kan werken is deze arbeidsgeschikt. Deeltijds werk mag niet verworden tot een systeem waarin mensen die volledig arbeidsgeschikt zijn zich nestelen in een systeem met deeltijds werken en deeltijds uitkering. Dat is nooit de bedoeling van de wetgever geweest. Meer nog: politiek komt het systeem onder druk wat op zich nadelig is voor patiënten die werkelijk arbeidsongeschikt zijn en nood hebben aan deeltijds werk als re-integratiemaatregel.

Heeft u een boodschap voor de lezers van TBV?

Misschien goed om te weten voor Nederlandse artsen die in België willen komen werken: bij ons kan een verzekeringsarts in opleiding een thesis schrijven die geschikt is voor publicatie in een Engelstalig tijdschrift. Maar als het een onderwerp is dat vooral betrekking heeft op de lage landen dan is een draft publicatie voor TBV ook voldoende. Overigens hangt het niet af van een publicatie of iemand al dan niet zijn of haar diploma krijgt. Het criterium is dat het wordt ingestuurd. Wij moeten het goedkeuren, wij zijn verantwoordelijk en we willen er niet op hoeven wachten dat het artikel voor publicatie is geaccepteerd.

In het algemeen zou ik graag meer samenwerken met Nederland, en de contacten met de collega's willen aanhalen. Ik ben ervan overtuigd dat we veel van elkaar kunnen leren.

5^e editie



**Differentiële diagnostiek
in de interne geneeskunde**
Handboek & Compendium in één set

ISBN: 9789036809443

Onder redactie van:

Dr. J.W.F. Elte,

Dr. D. Overbosch,

Prof. dr. R.O.B. Gans,

Dr. M.O. van Aken

€ 75,00

DIFFERENTIËLE DIAGNOSTIEK IN DE INTERNE GENEESKUNDE

Voor het stellen van een juiste diagnose is een goede differentiële diagnose gebaseerd op anamnestiche gegevens en bevindingen bij lichamelijk onderzoek essentieel. Daarbij is een consequente en systematische benadering noodzakelijk. Dit boek heeft zich vanaf de eerste druk, nu twintig jaar geleden, bewezen als een waardevol hulpmiddel bij dit proces.

In deze herziene editie komen opnieuw alle aspecten van de interne geneeskunde aan bod. Veel hoofdstukken zijn herschreven door nieuwe auteurs. Nieuw is dat aan de lever een apart hoofdstuk is gewijd; hetzelfde geldt voor somatisch onverklaarde klachten. Zoveel als mogelijk is gebruik gemaakt van recente richtlijnen en standaarden.

- **Handzaam en bruikbaar tijdens zaal- en polibezoeken. Snel opzoeken en in duidelijke taal geschreven**
- **Complete set: Handboek en Compendium in pocketformaat**
- **Klachten en verschijnselen worden op een bijzonder leesbare wijze besproken, waarbij via vele tabellen en diagrammen op overzichtelijke wijze een compleet overzicht van alle mogelijke oorzaken wordt gegeven**

Vooringenomen bedrijfsarts berispt

Bas Sorgdrager (eindredactie)

Een bedrijfsarts is standvastig in zijn oordeel dat een gespannen arbeidsverhouding de verklaring is van de ziekmelding. De wijze waarop hij zijn oordeel motiveert vindt het Regionaal Tuchtcollege echter onzorgvuldig tot stand gekomen. Het college stelt in zijn algemeenheid dat de beoordeling van de geschiktheid voor het eigen werk door een bedrijfsarts een ingewikkelde taak is waarbij in de diagnostiek rekening moet worden gehouden met enerzijds de medische beperkingen en anderzijds een eventueel arbeidsconflict. Dit vereist een zorgvuldige beoordeling door de bedrijfsarts, waarbij hij zijn onafhankelijkheid ten opzichte van beide partijen dient te bewaken. Bij het vermoeden van een arbeidsconflict dient de bedrijfsarts het principe van wederhoor toe te passen en contact op te nemen met de werkgever van zijn cliënt. Het Regionaal Tuchtcollege besluit tot een berisping aangezien de bedrijfsarts geen inzicht toont in zijn foutief handelen. De bedrijfsarts gaat in beroep, maar de uitspraak blijft gehandhaafd bij het Centraal Tuchtcollege.

De feiten

Klager heeft zich op 18 februari 2014 ziek gemeld. Spreekuurafspraken met de bedrijfsarts (verweerder) op 24 februari en 3 maart 2014 heeft klager afgezegd. Op 4 maart 2014 heeft verweerder telefonisch contact opgenomen met huisarts van klager. Op 24 maart 2014 is klager op het spreekuur van verweerder geweest en heeft een geluidsopname gemaakt van het consult. Klager was bekend bij verweerder vanwege een eerder arbeidsconflict in juli 2013, waarna klager tot februari 2014 onafgebroken heeft gewerkt. Verweerder had een machtiging van juli 2013 om contact op te nemen met de huisarts.

In het dossier van verweerder is onder meer het volgende aangetekend: *'Maandag 24 maart onderzocht ik uw medewerker. De vraag is of er een medische verklaring bestaat voor zijn verzuim en, zo ja, wat zijn huidige arbeidsmogelijkheden zijn en wanneer volledige werkhervatting verwacht wordt. Mede gezien de voor-geschiedenis ligt een andere verklaring, een gespannen arbeidsrelatie, meer in de rede dan een ziekte. Om hierin te kunnen besluiten zal ik contact opnemen met zijn handelaar en u nader berichten.'* Op 28 maart 2014 heeft

verweerder wederom telefonisch contact opgenomen met de huisarts van klager. Daarover heeft verweerder onder meer het volgende genoteerd: *'Eigenlijk idem aan het vorige overleg. Het loopt niet lekker op de werkvloer. Huisartsencontacten: 14-2 druk op de borst; 17-2 onrust op het werk. In het weekend op zijn nummer gezet voor anderen. Wind van voren. Ziekmeldaankondiging. Ik: dus ziekte verklaart zijn verzuim van meet af aan niet.'* In zijn brief aan de werkgever met kopie aan werknemer heeft verweerder genoteerd op 28 maart 2014: *'Ten aanzien van uw medewerker, in vervolg op mijn spreekuur-rapportage dd 24 maart en na overleg met zijn behandel- laar: ziekte verklaart van meet af aan (dus vanaf de eerste verzuimdag), continu, zijn verzuim niet. Nog immer zijn het spanningen die hij ervaart in de arbeidsrelatie die zijn verzuim verklaren.'*

De klacht

De klacht komt erop neer dat verweerder:

1. Klager onheus heeft bejegend tijdens het gesprek op 24 maart 2014 en het consult onzorgvuldig heeft uitgevoerd.
2. Tijdens het consult op 24 maart 2014 heeft erkend dat klager rugklachten had, maar dat hij in de rapportage heeft vermeld dat ziekte niet de oorzaak is van het verzuim.
3. Zonder toestemming contact heeft opgenomen met de huisarts van klager.

Overwegingen

De klacht richt zich overwegend tegen het consult van 24 maart 2014. Klager stelt dat hij tijdens dat gesprek onheus is bejegend, dat zijn klachten niet serieus zijn genomen en dat hem door verweerder woorden in de mond zijn gelegd. Klager is van mening dat verweerder een vooringenomen standpunt had, te weten dat de klachten van klager arbeidsgerelateerd waren. Het college is van oordeel dat verweerder tijdens het consult op 24 maart 2014 en in zijn daarop volgende advies aan de werkgever van 28 maart 2014 de benodigde zorgvuldigheid niet in acht heeft genomen.

Bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen gaat het er niet om of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

Klager heeft een verslag van het consult gemaakt en daaruit maakt het college op dat verweerder niet of nauwelijks luisterde naar klager, klachten niet heeft uitgevraagd, niet heeft gevraagd naar medicijngebruik en geen enkel medisch onderzoek heeft gedaan. Er is geen contact met de werkgever geweest om het vermoeden van een arbeidsconflict te verifiëren. Verweerder ging uit van zijn hypothese dat de klachten van klager (opnieuw) arbeidsgerelateerd waren. Deze vooringenomenheid heeft verweerder tijdens het consult niet gecorrigeerd, zelfs niet nadat klager had aangegeven dat er geen problemen meer waren en er geen “zeer” meer zat. Vervolgens heeft verweerder op basis van dit gebrekkige consult een niet onderbouwd advies aan de werkgever afgegeven.

Over het feit dat verweerder zonder toestemming contact heeft opgenomen met de huisarts overweegt het college als volgt. Verweerder stelt zich op het standpunt dat hij wel toestemming had om contact met de huisarts op te nemen. Hij gebruikte daarvoor een eerdere machtiging van klager van ongeveer 8 maanden geleden. Hij accepteert een machtigingstermijn van 6 maanden, maar ging daar in dit geval overheen, omdat het ernaar uitzag dat dezelfde verzuimreden vigeerde, aldus verweerder. Naar het oordeel van het college is dit standpunt onjuist. Verweerder heeft onzorgvuldig gehandeld door gebruik te maken van de oude machtiging. Verweerder had bij de

ziekmelding in februari 2014, zonder klager te zien of te spreken, geen gebruik mogen maken van de oude machtiging om contact op te nemen met de huisarts. Uit deze handelwijze van verweerder blijkt eveneens dat verweerder vooringenomen was met betrekking tot de klachten van klager. Zonder klager te hebben gezien of gesproken nam hij aan dat klager om dezelfde reden verzuimde als een jaar geleden.

De onzorgvuldige handelwijze van verweerder is hem tuchtrechtelijk te verwijten, zodat de klacht in zoverre gegrond is.

Beslissing

Zowel het Regionaal Tuchtcollege als het Centraal Tuchtcollege zijn van oordeel dat verweerder ernstig is tekortgeschoten. Verweerder bleef zonder nader onderzoek volharden in zijn aanname dat de klachten van klager arbeidsgerelateerd waren en ontwikkelde een onvoldoende gefundeerde en niet objectieve visie, die hij zonder adequaat onderzoek en zonder nadere motivering aan klagers werkgever heeft overgebracht. Verweerder heeft hierdoor zijn taak als bedrijfsarts niet naar behoren vervuld. Tevens heeft verweerder tijdens de behandeling van de klacht ter terechtzitting naar voren gebracht dat hij “het zo weer zou doen”, waaruit het Centraal Tuchtcollege concludeert dat verweerder geen inzicht heeft in het foutieve van zijn handelen, hetgeen het college zorgen baart. Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat het handelen van de arts onvoldoende is geweest. Bovendien is in het tuchtrechtelijk traject onvoldoende naar voren gekomen dat bij de arts sprake is geweest van enige reflectie met betrekking tot zijn tekortkoming. Het Centraal Tuchtcollege legt aan de arts de maatregel van berisping op.

Kijk voor de volledige tekst van deze uitspraak op www.tuchtrecht.nl > Gezondheidszorg en zoek met zaaknummer C2015.191. Wilt u reageren? Stuur een mail naar tbvredactie@bsl.nl.

Vroege interventie bij lawaaischade?

Bas Sorgdrager

Een werknemer komt op het spreekuur van de bedrijfsarts met een audiogram waarop gehoorverlies is te zien. 'Is mijn gehoorverlies door het lawaai op mijn werk veroorzaakt?' Bij gebrek aan gegevens kan de vraag menig bedrijfsarts in verlegenheid brengen. Op basis van één audiogram kan immers moeilijk een uitspraak worden gedaan. Dit is te vaak praktijk in de spreekkamer. Werknemers wensen om verschillende redenen wel een oordeel over hun gehoorverlies. Omdat ik binnen het AMC de beroepslechthorendheid als aandachtsgebied heb, verwijzen bedrijfsartsen werknemers naar me met een vermoeden van beroepsgebonden lawaaischade voor een oordeel en advies.

Overwegingen

Lawaai is meetbaar, gehoorverlies kunnen we monitoren in de tijd en lawaaiige omstandigheden en ruimtes zijn vermijdbaar. De vragen van de heren A en B zijn lastig te beantwoorden door het ontbreken van gegevens zoals oude audiogrammen en van dosimetrie. Volgens het Arbobesluit 2006 zouden deze aanwezig dienen te zijn.¹ De werkgever heeft een zorgplicht volgens Artikel 7:658 Burgerlijk Wetboek. Het Arbobesluit geeft aan hoe de werkgever dat moet doen bij werksituaties waar werknemers risico lopen op blootstelling aan hoge lawaainiveaus. Te hoge geluidsniveaus in de vleesindustrie

en bij motorrijders zijn bekend (zie www.beroepsziekten.nl). Werknemers die beroepsmatig blootstaan aan te hoge geluidsniveaus moet periodiek audiometrie worden aangeboden en hun blootstelling moet persoonlijk in kaart zijn gebracht met dosimetrie. De NVAB-richtlijn 'Preventie van beroepslechthorendheid' volgt het Arbobesluit met een concreet stappenplan (zie www.nvab-online.nl). Kansen voor een preventief beleid zijn gemist.

De twee beschreven casus hebben gemeen dat er boosheid is over de werkomstandigheden die naar idee van de werknemer schadelijk zijn voor de gezondheid en waarop ze geen invloed hebben kunnen uitoefenen. Behalve het aanbieden van gehoorbescherming zijn bij hen geen preventieve maatregelen bekend. Door het ontbreken van persoonlijke blootstellingsgegevens en oude audiogrammen is het beoordelen van de beroepsgebondenheid lastig. Om de beroepsgebondenheid van het gehoorverlies te beoordelen moet ik het doen met de gezondheidsanamnese, arbeidsanamnese, recente audiogrammen en de branchegegevens over de hoogte van de geluidsniveaus. De beroepsgebondenheid kan niet worden uitgesloten met de afweging: als er geen blootstelling in het werk was geweest zou het gehoorverlies niet zo sterk zijn (in de letselschadepraktijk het principe van *conditio sine qua non*).²

Casus 1

De heer A (64 jaar) komt met twee audiogrammen. Het meest recente (maart 2016):

	1 kHz	2 kHz	4 kHz	6 kHz
Linker oor in dB verlies	30	40	50	50
Rechter oor in dB verlies	40	40	60	40

Het audiogram van 2015 is niet relevant anders. Er zijn geen audiogrammen beschikbaar van vroegere jaren. Klachten van slechthorendheid bestaan een jaar of tien. Een-op-een communicatie is geen probleem, in groepen of met omgevingsrumoer gaat moeilijk. De heer A vermijdt recepties/feestjes. De herstelbehoefte is mild tot matig. De medische voorgeschiedenis is blanco. Er zijn geen aanwijzingen voor aangeboren of een familiale vorm van slechthorendheid.

De heer A komt uit een slagfamilie en is ruim 35 jaar keurmeester. In zijn functie is hij vrijwel continu op de werkvloer, waar hoge lawaainiveaus zijn. Mijn schatting is op basis van arbeidsanamnese en branchegegevens dat zijn gemiddelde dagdoses tussen 85-90 dB (A) zullen zijn. Aanvankelijk heeft hij zich beschermd met de klassieke gele proppen die slechts maximaal 5 dB dempen. Hij draagt de laatste tien jaar gehoorkappen consequent, maar om te kunnen communiceren schuift hij de kap van het linkeroor. De kappen wisselt hij om de vier/vijf jaar. Otoplastieken verdraagt hij niet vanwege regelmatige ontstekingen van de gehoorgangen. De rechtergehoorgang beschermt hij al vele tientallen jaren niet alleen met een gehoorkap. Aanvankelijk gebruikte hij een wattenprop, de laatste jaren een oordop. Bij uitsluiting van andere oorzaken is het gehoorverlies waarschijnlijk veroorzaakt door jarenlange blootstelling aan te hoge lawaainiveaus. Het gehoorverlies is waarschijnlijk nog versterkt door presbycusis en mogelijk gecompliceerd door doorgemaakte (midden)oorontstekingen.

Casus 2

De heer B (64 jaar) heeft sinds een jaar of vijf klachten van slechthorendheid wanneer hij in gezelschappen verkeert. In 2012, 2014 en 2015 zijn audiogrammen gemaakt bij de arbodienst; de laatste bij de audicien. Hij is op advies van de audicien (volgens richtlijnen) naar de kno-arts geweest. Er bleken geen medische aanknopingspunten voor het gehoorverlies. Het audiogram in 2012 bepaald komt overeen met het audiogram uit 2015:

	1 kHz	2 kHz	4 kHz	6 kHz
Linker oor in dB verlies	20	35	65	75
Rechter oor in dB verlies	10	35	65	75

Er zijn geen relevante gezondheidsklachten. Er zijn milde klachten van oorsuizen en hyperacusis. Ongeveer 40 jaar geleden is de heer B in dienst gekomen bij de politie. Jarenlang is hij wijkagent geweest tot ongeveer 1998. Sindsdien is hij brigadier en rijdt veel op de motor. Communiceren via portofoon/mobilofoon levert geen problemen op. Gehoorbescherming lijkt goed geregeld met op maat ingestelde otoplastieken en meer recent, aanpassingen voor de communicatie. De arbeidsanamnese levert geen relevante specifieke lawaaibronnen op behalve de blootstelling aan lawaai (wind) op de motor. Hij merkt verschil in blootstelling afhankelijk van het windscherm. Er is geen melding gemaakt van relevante lawaaibronnen buiten het werk, behalve dat hijzelf ook een motor heeft. Versterkte presbycusis lijkt verantwoordelijk voor het gehoorverlies, maar schade door lawaai is niet uit te sluiten.

Preventie sluitstuk van contract met bedrijfsarts?

Hoewel volgens de arboreggeving periodiek audiometrie moet plaatsvinden bij medewerkers blootgesteld aan overmatig lawaai, is audiometrie niet periodiek aangeboden. Zo kunnen we geen trend volgen en zijn kansen gemist om vroegtijdig te interveniëren en preventieve maatregelen aan te scherpen. Hoe zit het met de preventie in de contracten die bedrijven afsluiten met arbodiensten en bedrijfsartsen? Duurzame inzetbaarheid begint bij de preventie; contracten die alleen maar voldoen aan de Wet verbetering poortwachter zijn te mager.

Bedrijfsartsen zullen voordat zij verantwoordelijkheid nemen voor taken in een bedrijf kennis moeten nemen van de Risico-Inventarisatie en Evaluatie en een gesprek moeten hebben met de preventiemedewerker en personeelsvertegenwoordiging over het arbeidsomstandighedenbeleid. Ook bedrijfsartsen zijn er op aan te spreken als werkgebonden gezondheidsschade bij werknemers optreedt.

Literatuur

1. Staatsblad van het koninkrijk der Nederlanden, Besluit van 25 januari 2006 tot wijziging van het Arbeidsomstandighedenbesluit, houdende regels met betrekking tot de blootstelling van werknemers aan de risico's van lawaai.
2. Kolk DJ van der. De juridische aspecten van de behandeling van beroepsziektezaken. Letsel & Schade 2013; 1: 14-23.

Doorbreken beroepsgeheim bij dronken patiënt die in auto stapt

Klager was bij arts onder behandeling voor drankmisbruik. De arts heeft klager tijdens een consult een blaastest laten doen, omdat zij vermoedde dat hij had gedronken. De blaastest wees een te hoog promillage uit om nog te kunnen rijden. De arts heeft klager gewaarschuwd om niet te gaan rijden. Toen zij na afloop van het consult zag dat klager toch in zijn auto stapte, heeft de arts het kenteken van klager laten doorgeven aan de politie. Later heeft zij de politie zelf nog telefonisch te woord gestaan. Het RTG oordeelt dat de arts bij het doorgeven van het kenteken aan de politie verkeerde in een situatie van 'conflict van plichten'. De arts heeft bij het doorbreken van haar beroepsgeheim op dat moment een zorgvuldige afweging gemaakt. Klacht ongegrond. Toen zij 20 minuten later werd gebeld door een agent heeft zij diens vragen over de behandeling van klager beantwoord zonder na te vragen waarom de agent deze informatie vroeg. Ze heeft op dat moment, aldus het RTG, ook niet onderzocht of er toen voor een ander ernstige schade dreigde. De belangenafweging van de arts schoot op dat moment tekort. Klacht gegrond, maar geen maatregel.

RTG Amsterdam, 26-04-2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2016:25.

Nieuwe beleidsregels Autoriteit Persoonsgegevens

De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) heeft op 21 april 2016 de beleidsregels 'De zieke werknemer' gepubliceerd (zie TBV 6 pag. 275). De AP stelt dat leidinggevenden niet in discussie met medewerkers moeten gaan over wel of niet ziek zijn. En dat zij geen medische gegevens en afgeleide medische gegevens moeten opschrijven. Wel mogen leidinggevenden over resterende arbeidsmogelijkheden en aanpassingen en voorzieningen op het werk praten.

Bron: Autoriteit Persoonsgegevens / Falke & Verbaan.

Weer subsidieregeling Duurzame Inzetbaarheid voor Sociale Partners

O&O-fondsen en samenwerkingsverbanden van sociale partners kunnen subsidie vragen voor projecten om werkenden langer gezond en vitaal aan het werk te houden. Het kabinet heeft daar 12,5 miljoen euro voor. In september start een nieuwe ESF-regeling (Europees Sociaal Fonds) 'Duurzame inzetbaarheid regio's en sectoren'. Staatssecretaris Klijnsma van SZW publiceerde de regeling 11 mei (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2016-24721.html>). Belangstellenden kunnen dus een aanvraag voorbereiden.

De eerste aanvraagperiode loopt van 19 september tot 28 oktober 2016. De subsidiabele kosten bedragen per project minimaal € 120.000,- en maximaal € 500.000,-. In een samenwerkingsverband kan dit drie keer dat bedrag

worden. De subsidie bedraagt 50% van die kosten.

Niet alleen O&O-fondsen, maar ook regionale, sectorale en intersectorale samenwerkingsverbanden kunnen subsidie aanvragen. Dit geeft kansen voor bijvoorbeeld regionaal sterke arbo dienstverleners die partijen bij elkaar kunnen brengen.

Medewerkers verzwijgen chronische aandoening voor werkgever

Vijftien procent van de medewerkers met een chronische aandoening (zoals bijvoorbeeld astma, COPD, depressie, diabetes, hartfalen of reumatische klachten) maakt dit niet bekend bij de werkgever. Dit blijkt uit een onderzoek van GfK Nederland in opdracht van Fit for Work (www.fitforworknederland.nl/), uitgevoerd onder 500 medewerkers en 251 werkgevers. Ook verzwijgt 12% van de werkgevers hun eigen chronische aandoening. Het overgrote deel van de werknemers verwacht dat de werkgever goed zal omgaan met het bekendmaken van een chronische aandoening, maar één op de vijf medewerkers zegt een chronische ziekte niet zelf te zullen melden. Eén op de drie werkende Nederlanders heeft een chronische aandoening.

Van de medewerkers die aangeven een aandoening te verzwijgen als het hun treft, ziet bijna de helft het nut van melden niet in: "Mijn werkgever kan daar niks mee." Medewerkers zijn bang voor negatieve gevolgen voor de eigen loopbaan of dat ze hun baan kwijt raken bij een reorganisatie.

Forensisch arts schendt beroepsgeheim

Forensisch arts bezoekt arrestant in politiecel. Hij is zich onvoldoende bewust van zijn verschillende rollen – behandelaar en medisch adviseur – en de regels voor het beroepsgeheim die voor de verschillende rollen gelden. Als medisch adviseur had verweerder naar het oordeel van het RTG, met inachtneming van zijn beroepsgeheim, moeten volstaan met het advies aan de politie: geen zorg nodig, klager kan naar huis. In plaats daarvan informeerde hij de politie dat de suikerwaarde niet zorgelijk verstoord was en dat hij klager geadviseerd had hierover contact op te nemen met zijn huisarts. Daarmee heeft verweerder zijn beroepsgeheim, niet alleen als behandelaar maar ook als medisch adviseur, geschonden. Volgt waarschuwing. RTG Zwolle 24 juni 2016, 111/2015. ECLI:NL:TGZR-ZWO:2016:63.

Bedrijfsarts schiet tekort

Op grond van de Wet verbetering poortwachter, de Werkwijzer arbeidsconflicten, Stichting Expertisecentrum Re-integratie (STECR (ic. Versie 5) en de Leidraad Bedrijfsarts en Privacy is er geen sprake van schending van beroeps-

geheim nu het feitelijk om een spoedverzuimconsult ging waarvoor het beroepsgeheim niet in volle omvang geldt. De overige klachten zijn wel gegrond. Het verzuim was niet slechts werkgerelateerd. De bedrijfsarts had meer oog moeten hebben voor de psychische klachten van klaagster en de risicofactoren (burn-out, werk en gezin), ook in combinatie met het (op zichzelf wel bestaande) arbeidsconflict, en de mogelijke gevolgen daarvan voor klaagster. RTG Zwolle 24 juni 2016, 071/2015. ECLI:NL:TGZR-ZWO:2016:64.

Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens

Op 21 juni 2016 is de nota naar aanleiding van het verslag gepubliceerd, behorend bij het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens). In de brief beantwoordt de minister onder andere de vragen van de Eerste Kamer over haar voorstel tot gefaseerde invoering van het wetsvoorstel. Zorgaanbieders zijn op dit moment nog niet in staat om een aantal bepalingen in het wetsvoorstel uit te voeren, zoals het vragen en registreren van gespecificeerde toestemming en het bieden van elektronische inzage en afschrift. Toch ziet de minister daarin geen reden om de behandeling van dit wetsvoorstel uit te stellen (waar de KNMG voor pleitte tijdens de deskundigenbijeenkomst). Volgens de minister heeft dit wetsvoorstel ook zonder dat deze bepalingen al in werking treden meerwaarde.

Kamerbrief over cliëntenrechten: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33509-N.html>.

Forse toename hulpvragen wegens huiselijk geweld

Staatssecretaris Van Rijn heeft antwoord gegeven op vragen aangaande de forse toename van meldingen van huiselijk geweld. Dit is mogelijk mede het gevolg voor de aandacht voor dit onderwerp. Ook gaat hij beknopt in op de zorgelijke problemen rond de Veilig Thuis-organisatie, een organisatie die niet overal op orde is.

Brief stijging hulpvragen wegens huiselijk geweld: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/15/beantwoording-kamervragen-over-stijging-aantal-hulpvragen-wegens-huiselijk-geweld>.

Rapport BMA-arts voldoet niet aan de criteria van CTG: waarschuwing

Het RTG had geoordeeld dat een advies uitgebracht door een verzekeringsarts werkzaam bij het Bureau Medische Advisering (BMA) onzorgvuldig was, in de zin dat dit op diverse punten niet voldeed aan de criteria opgesteld door

het CTG waaraan een door een arts op te stellen rapport moet voldoen. Hoewel het CTG concludeert dat de meeste grieven van de arts in beroep slagen, komt ook het CTG tot de conclusie dat haar advies niet de (juiste) feiten en omstandigheden vermeldt waarop het berust, alsmede dat het rapport gebreken vertoont in de uiteenzetting van de gronden waarop de conclusies steunen. De arts had ook nagelaten om bij de behandelaars te informeren of de noodzakelijk derde operatie die klager moest ondergaan inmiddels had plaatsgevonden. Hoewel op andere gronden, blijft de waarschuwing daarom in stand.

CTG 7 juni 2016, nr. C2015/319, ECLI:NL:TGZCTG:2016:208.

KNMG maakt handreiking over opnemen gesprekken in spreekkamer

Er is veel te doen over het opnemen van gesprekken door patiënten wanneer zij een arts bezoeken. Onder artsen is er ook verdeeldheid over de toelaatbaarheid daarvan. Daarom ontwikkelt de KNMG een handreiking. Handreiking opnemen gesprekken: <http://www.knmg.nl/Nieuws/Overzicht-nieuws/Nieuwsbericht/154159/KNMG-maakt-handreiking-over-opnemen-gesprekken-in-spreekkamer.htm>.

Handige website met cijfers over gezondheid en zorg

Zoekt u cijfers over de gezondheid of zorg in Nederland? De overheid heeft daarvoor een nieuwe website geopend. Neemt u eens een kijkje op: <https://www.staatvenn.nl/>.

Klachten Philip Morris tegen Anti-Tabaksrichtlijn van EU afgewezen

Phillip Morris (PMI) en British American Tobacco (BAT) hebben bij de Britse rechter bezwaar aangetekend tegen het voornemen de Anti-Tabaksrichtlijn van de EU om te zetten naar nationaal recht. Richtlijn 2014/40/EU inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten, ter uitvoering van het Anti-Tabaksverdrag van de Wereldgezondheidsorganisatie, bevat allerlei verboden en beperkingen, o.a. inzake de verkoop van tabaksartikelen. PMI en BAT stellen dat de richtlijn ongeldig is wegens strijd met diverse bepalingen van het Verdrag inzake de werking van de EU, EU-beginselen en het Handvest van Grondrechten. De Britse rechter heeft vragen aan het Hof van Justitie EU voorgelegd, die alle bezwaren van PMI en BAT afwijst.

HvJ EU 4 mei 2016, zaak C 547/14 (Philip Morris), ECLI:EU:C:2016:325. In een soortgelijke zaak wijst het Hof van Justitie ook de klachten af van de fabrikant van elektronische sigaretten: HvJ EU 4 mei 2016, zaak C 477/14 (Pillbox 38), ECLI:EU:C:2016:324.



Kwaliteitsbureau
NVAB

Postbus 2113
3500 GC Utrecht

(030) 2040620
nvab@nvab-online.nl
www.nvab-online.nl

Internationaal symposium over Bedrijfsgezondheidszorg

Het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid organiseert op vrijdag 16 september, in samenwerking met NVAB en IOMSC (International Occupational Medicine Society Collaborative), een internationaal symposium. Doel: *"To discuss and integrate ideas and topics world-wide."* Meer informatie en het programma vindt u op de website van het Coronel Instituut, <https://www.amc.nl/web/Het-AMC/Afdelingen/Medische-afdelingen/Coronel-Instituut-voor-Arbeid-en-Gezondheid/Coronel-Instituut-voor-Arbeid-en-Gezondheid/Instituut.htm>.

Ledenbijeenkomst op 19 september 2016

Afgelopen ALV is dankzij de inzet van de leden de nieuwe Visie, Missie en Strategie aangenomen. In vervolg hierop worden nog meer documenten geactualiseerd en het bestuur wil de leden daarover consulteren.

Omdat deze ontwikkeling voor NVAB-leden van fundamenteel belang is, nodigt het bestuur de leden uit om hun mening, commentaar en advies te geven tijdens een ledenbijeenkomst op maandag 19 september van 17.30 tot 21.00 uur (locatie Domus Medica te Utrecht). Meer informatie over deelname en inschrijven vindt u op onze website in de rubriek 'Actueel › Agenda'. Wij kijken uit naar uw bijdrage: u staat immers aan de basis van onze toekomst!

Vaardigheidstraining app ischemische hartziekten

Op 22 september organiseert de NVAB voor haar leden een geaccrediteerde training met de app ischemische hartziekten. Deze training kunnen we eenmaal gratis aanbieden; het maximaal aantal deelnemers is 20.

De training wordt verzorgd door J.J.L. (Jaap) van Dijk, klinisch arbeidsgeneeskundige en projectleider van de Richtlijn Ischemische Hartziekten. Ook de bouwer van de app is aanwezig om vragen over het gebruik te beantwoorden. Meer informatie over training en inschrijven vindt u op onze website in de rubriek 'Actueel › Agenda'.

Beleidsregels Autoriteit Persoonsgegevens

De beleidsregels die de Autoriteit Persoonsgegevens in april jl. publiceerde hebben tot vragen geleid bij onze leden.

Bij nadere bestudering blijkt dat de beleidsregels juridisch niet veranderd zijn, maar dat de uitleg/toelichting explicieter is opgeschreven, bijvoorbeeld als het gaat om antwoorden op vragen naar 'functionele mogelijkheden en beperkingen'. Deze zijn te herleiden tot gezondheid en vallen daardoor onder het verbod op registratie door

de werkgever. Ook mededelingen over de gezondheid met toestemming van de werknemer of spontaan gedaan, mogen niet geregistreerd worden omdat de werknemer die informatie niet in volledige vrijheid kan prijsgeven. Dit betekent niet dat de werkgever helemaal niets mag vragen of 'altijd naar de bedrijfsarts moet verwijzen'. De werkgever mag vragen naar arbeidsmogelijkheden voor zover beperkt tot concreet werk of concrete taken ('kun je aan de balie werken' of 'kun je het eigen werk wel in deeltijd doen'). Voorstellen van de werknemer mogen dan wel geregistreerd worden. Een beschrijving van vastgestelde beperkingen of functionele mogelijkheden is voorbehouden aan de bedrijfsarts.

Een andere vraag van NVAB-leden betrof de probleem-analyse: mag deze wel of niet naar de werkgever verstuurd worden? Of een document naar de werkgever mag, wordt bepaald door de inhoud. Wat er in het document geschreven staat, maakt of het naar de werkgever mag; niet de naam of het doel van het stuk. De probleemanalyse zoals voorgeschreven door de WVP bevat in de regel meer dan er naar de werkgever mag. Een probleemanalyse die geen niet-toegestane informatie bevat (bijvoorbeeld het op juiste wijze ingevulde UWV-formulier) mag wel naar de werkgever.

Met vragen kunt u per e-mail contact opnemen met vraagbaak@nvab-online.nl.

Kenniscentrum Medische Keuringen in Arbeid (KMKA)

Het KMKA, een samenwerking van Coronel Instituut en NVAB, is een vraagbaak en hulpverlenende instantie die ondersteuning kan bieden aan bedrijfsartsen die te maken hebben met medisch onderzoek van (aspirant) werknemers met een garantie op kwaliteit. Het Kenniscentrum maakt gebruik van een netwerk van experts op de diverse relevante gebieden. Voor verdere informatie en contactgegevens kunt u terecht op de website van het KMKA, <https://www.amc.nl/web/Het-AMC/Afdelingen/Medische-afdelingen/Kenniscentrum-Medische-Keuringen-in-Arbeid-KMKA/Kenniscentrum-Medische-Keuringen-in-Arbeid-KMKA.htm>.

Marian Lebbink, NVAB

Agenda

3 november	Algemene ledenvergadering (let op: datumwijziging)
5 april 2017	Algemene ledenvergadering
8 en 9 juni 2017	Bedrijfsgeneeskundige Dagen, 62 ^{ste} editie



Secretariaatsbureau NVVG

Domus Medica
Postbus 24095
3502 MB Utrecht

(030) 6868764
secretariaat@nvvg.nl
www.nvvg.nl

Samenwerking GAV-NVVG

De voorbije twee jaren is er in wisselende samenstellingen vanuit beide besturen gesproken over een verdergaande samenwerking tussen GAV en NVVG. Enige tijd geleden hebben de NVVG-leden een bericht gehad dat de gesprekken om tot een verdergaande samenwerking te komen, opgeschort zijn. Dat is jammer en dat wordt door het NVVG bestuur en ongetwijfeld door veel van de leden, ook daadwerkelijk zo gevoeld. Van de andere kant moet de tijd er rijp voor zijn en als het in twee jaar niet lukt om twee relatief kleine verenigingen tot een eenheid te brengen zegt dat het nodige. Voor nu is het zaak om de al bestaande samenwerking te behouden en, vooral op de inhoudelijke thema's, verder uit te breiden waar mogelijk. Vanuit die verdergaande inhoudelijke samenwerking zou dan op termijn een samensmelting van de beide verenigingen kunnen volgen.

Herbeoordelingen

In het vorige nummer is bij de mededelingen ingegaan op de herbeoordelingen die door UWV verricht moeten worden. Daaruit sprak de zorg die de NVVG met betrekking tot de uitvoering van de beoordelingen heeft. In een column in Medisch Contact heeft onze voorzitter dit nog verder op scherp gezet.

Inmiddels is er een begin gemaakt met deze beoordelingen. De herbeoordelingsoperatie heeft prominent op de agenda gestaan in de overleggen die bestuur en directeur van de NVVG in de voorbije periode met UWV hebben gehad. Ook in het kennismakingsgesprek dat onze voorzitter had met de directeur-generaal Sociale Zekerheid en Integratie (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) waren de zorgen en bedenkingen over de herbeoordelingen een belangrijk thema. Bij alle overlegsituaties is behoudens de zorg en bedenkingen ook steeds uitgesproken dat de NVVG bereid is om in een adviserende rol constructief mee te denken aan oplossingen die wel de garantie van een adequate verzekeringsgeneeskundige beoordeling in zich hebben. De overleggen hebben het bestuur de voorzichtige overtuiging gegeven dat de rijdende trein niet gestopt kan worden maar mogelijk wel wat bijgestuurd gaat worden.

Najaarsledenvergadering

Hoewel het nog enige tijd duurt voordat het zover is – ik schrijf dit in de zomerzon ergens in de uitgestrektheid van Ontario, Canada – wil ik u nu al wijzen op de komende najaarsledenvergadering die plaats zal vinden op 13 oktober 2016 te Veenendaal. Het wetenschappelijke deel van de vergadering zal verzorgd worden door dr. Roland Diethorst, opgeleid als psycholoog en nu werkzaam

als neuromarketeer. Als appetizer voor zijn lezing het volgende. Veel van het menselijk gedrag komt automatisch tot stand, omdat veel processen in ons brein buiten onze bewuste controle om invloed op ons hebben. Ons brein bestaat voor 25% uit structuren die geëvolueerd zijn om sociale informatie te kunnen verwerken. Met name tijdens sociale interactie wordt dus veel informatie op een automatisch niveau verwerkt. Dit betekent dat onze mening over een gesprekspartner veelal bepaald wordt door wat vaak onderbuikgevoelens genoemd worden. Tijdens de lezing wordt diep ingegaan op de verschillen tussen automatische en gecontroleerde processen, en de rol die deze processen spelen wanneer je bijvoorbeeld als arts in gesprek gaat met cliënten om zodoende te bepalen of zij aanspraak kunnen doen op verzekeringen.

Kortom, alleen al het wetenschappelijke deel, waarvoor u overigens ook nog twee accreditatiepunten krijgt, is al reden om de vergadering te bezoeken.

Medisch leiderschap

Er zijn van die tijden waarin je geen blad kunt lezen of een televisieprogramma kunt kijken, of een bepaald onderwerp komt voorbij. In de medische wereld is het medisch leiderschap zo'n hot item. Vaak is een hot item iets dat na korte tijd weer verdwijnt en zelfs niet lijkt te hebben bestaan, maar dat zal naar verwachting niet gelden voor medisch leiderschap. De kans is groot dat u het de komende jaren voorbij zult blijven zien komen, bijvoorbeeld in nascholingen. In Canada is vanuit de beroepsgroep het initiatief genomen om leiderschap een plaats te geven in de CanMeds-competenties en ook in ons land zou het best eens die kant op kunnen gaan. Dit geldt zeker nu de voorzitter van de KNMG, Wendela Hingst, één van de vaandeldragers van medisch leiderschap is. Een deel van de jaarlijkse heidag (30 september a.s.) zal besteed worden aan het thema medisch leiderschap en Wendela Hingst zal dat deel voor haar rekening nemen. Er waren voor de heidag een aantal wildcards beschikbaar. U zou allicht bij het secretariaat kunnen informeren of er nog een beschikbaar is. Overigens, en dit ter geruststelling, is medisch leiderschap ook het daadwerkelijk en actief stimuleren van uw cliënten tot een gezond leven waarvan arbeid een belangrijk deel is. Was u misschien toch al meer bij de tijd dan u zelf dacht!

Hans de Brouwer, secretaris

Agenda

30 september	Heidag bestuur NVVG
13 oktober	NVVG najaarsledenvergadering
2-4 november	VG-dagen

Inzenden kopij

Lever uw kopij aan via www.editorialmanager.com/tbv/. Geef in uw aanbiedingsbrief aan voor welke rubriek uw bijdrage is bedoeld, wat volgens u de relevantie van uw artikel is voor de lezersgroep, en sluit eventuele toestemmingen en verklaringen bij. Zie voor dit laatste ook onder 'Algemeen'. Vermeld duidelijk uw naam, titel, adres en correspondentieadres, alsmede de titel, tabellen, figuren en literatuurlijst. Lever bij een artikel voor de rubriek Onderzoek, Opinie of Voor de Praktijk twee tot maximaal vijf aandachtspunten aan en minimaal drie trefwoorden.

Rubriek Onderzoek

Beperk het aantal woorden tot maximaal 3000, inclusief literatuurverwijzingen en noten, exclusief figuren, tabellen en grafieken. Beperk het aantal literatuurverwijzingen tot maximaal 20. De samenvatting omvat maximaal 150 woorden. Dit geldt ook voor de Engelstalige *summary*.

Rubrieken Opinie en Voor de Praktijk

Beperk het aantal woorden tot maximaal 2000, inclusief literatuurverwijzingen en noten. Beperk het aantal literatuurverwijzingen tot maximaal 10. Een eventuele samenvatting omvat maximaal 100 woorden. In de rubriek 'Voor de Praktijk' (ook maximaal 2000 woorden) worden onderwerpen opgenomen die van belang zijn voor het dagelijks handelen in de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsarts, voor zover deze handelwijzen nog niet als algemene uitvoeringspraktijk zijn geaccepteerd. Als basis geldt dat de voorgestane praktijkvoering deugdelijk is beargumenteerd.

Overige rubrieken

De maximum-omvang van artikelen in de overige rubrieken is als volgt: Zeepkist 1200 woorden; Onderzoek in het kort 600 woorden; Signaal 700 woorden (of 500 woorden plus één tabel of figuur); Referaat 600 woorden; Column 600 woorden; Arts en Wet 1500 woorden; Casus/klinische arbeidsgeneeskunde 2000 woorden; Interview 3000 woorden; Voor U Gelezen 300 woorden; Boekbespreking 350 woorden; Proefschriftbespreking 700 woorden; Congresverslag 600 woorden; Richtlijnen 1200 woorden; Commentaar 1200 woorden; Historie 2000 woorden; Praktijkperikel 300 woorden; Lezersforum 350 woorden.

Tabellen, grafieken, figuren en foto's

Maak in uw kopij zoveel mogelijk gebruik van deze visuele ondersteuning. Tabellen, grafieken en figuren moeten los van de tekst leesbaar en begrijpelijk zijn. Geef in uw tekst duidelijk aan waar tabellen, grafieken, figuren en foto's moeten worden geplaatst. Zet de tabellen en grafieken op een apart blad. Geef elke tabel en grafiek een eigen titel (zo kort mogelijk). Houd bij een getekende grafiek rekening met een aanzienlijke verkleining in het tijdschrift. Geef foto's een zo kort mogelijk onderschrift. Lever figuren en foto's aan in minimaal 300 dpi.

Literatuurlijst

Hanteer voor de literatuurverwijzingen de Vancouverstijl. Elke verwijzing krijgt een apart nummer en een nieuwe regel. De opbouw van de literatuurverwijzing is als volgt. Nummer. Namen en voorletters van alle auteurs (bij meer dan vier auteurs alleen de eerste drie, daarna 'et

al.'). Volledige titel. Naam van het tijdschrift in de standaardafkorting. Jaartal; deel(volume)nummer: eerste en laatste pagina. Als u meermalen naar dezelfde bron verwijst, telt de eerste verwijzing.

Algemeen

Door inzending verklaart een auteur dat hij het recht van publicatie aan het tijdschrift overdraagt. Wordt zijn kopij afgewezen, dan valt dit recht weer aan hem terug. De auteur staat ervoor in dat de ingezonden kopij niet elders is aangeboden, geaccepteerd of gepubliceerd, en dat deze tot het moment van publicatie of afwijzing niet elders wordt aangeboden. Tevens garandeert hij dat van gepubliceerd materiaal (tekst, grafieken, foto's) in de kopij, de betreffende personen/auteurs hem daartoe toestemming hebben verleend. De auteur verklaart zich bij inzending akkoord met redactionele beoordeling en bewerking door het tijdschrift. De redactie heeft het recht kopij redactioneel te bewerken of te laten bewerken. De auteur dient te vermelden of er belangenconflicten zijn (financiële of andere); dit dient bij voorkeur al bij de aanbidding van het artikel te worden vermeld. De auteur dient te verklaren wie het onderzoek en/of de publicatie heeft gefinancierd. Bij gesubsidieerd onderzoek dient de auteur een verklaring af te leggen over de onafhankelijkheid van de auteurs bij het onderzoek, de analyse en het schrijven van het artikel. De criteria die de TBV-redactie hanteert om de ingezonden kopij voor de diverse rubrieken te beoordelen zijn uitvoerig beschreven in het Handboek TBV, laatste editie november 2013. Hier vindt u ook een hoofdstuk over taalgebruik, stijl en spelling. Auteurs kunnen het Handboek TBV online raadplegen via www.tbv-online.nl.



Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde wordt uitgegeven onder auspiciën van de Stichting tot Bevordering der Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, met medewerking van de NVVG en de NVAB.

Redactie

W.C. (Wim) Otto (UWV Amsterdam) (hoofddirecteur) / B. (Bas) Sorgdrager (NCvB, UMCG) (plv. hoofddirecteur) / J. (José) Huijden (BSL) (redactiesecretaris) / J.H. (Jurjen) Breedijk (Diatriba Vinkeveen) / C.A.W.M. (Kees) Hertog (MaëtsArdyn, Arnhem) / F.H.W. (Frank) Jungbauer (Rijksuniversiteit Groningen) / F.H.G. (Frans) Marcelissen (Digipsy Leende) / K. (Katrien) Mortelmans (KaMoCo Antwerpen) / S.P.A. (Saskia) Wolgensberger (UWV Amsterdam)

Vaste medewerkers

R.J. (Rolf) Blijleven / I.F.D. (Ingeborg) van den Bold / L.R. (Bert) Cornelius (KCVG/UMCG Groningen) / C.P.J. (Cees) Everaert (Arbo Unie Arnhem) / S. (Simon) Knepper, Laren / R.G.P.M. (Rulanda) van Kruijsbergen (Arbo Unie Almelo) / H.S. (Harald) Miedema (NVKA: Hogeschool Rotterdam) / K. (Karolien) van Nunen (Universiteit Antwerpen) / G.G. (Bertus) Robeer (NVKA) / P.B.A. (Paul) Smits (AMC Amsterdam) / A.I.F. (Alfons) Vernooy / R.G.J. (Richard) van der Voort (UWV Rotterdam) / A.N.H. (André) Weel (Yellow Factory, Leusden) / P. (Pascal) Willems (Willems & Van Ommeren advocaten) / J.A.G. (Sjef) Wijnen (UWV Eindhoven)

Adviesraad

A.J. (Allard) van der Beek (EMGO Instituut, VUmc Amsterdam) / J.R.M. (Jurriaan) Blekemolen (NVAB, Utrecht) / L. (Lutgart) Braeckman (VWVA, Gent) / S. (Sandra) Brouwer (UMCG Groningen) / M. (Marc) Du Bois (WV Leuven) / D. (Deha) Erdogan (NVVG, Utrecht) / M. (Murat) Gök (NVVG Utrecht) / (Gert) van der Laan (NCvB Amsterdam) / T. (Taeke) Pal (NVKA, Lelystad) / H.N. (Nico) Plomp (VUmc, Amsterdam) / J.G.M. (Jan) Schreurs (Stuurgroep Participatie en Gezondheid ZonMw Den Haag) / B. (Bernard) Starink (Oud-voorzitter NVVG en SBBV Buren) / C. (Cees) van Vliet (NVAB, Utrecht) / C.V. (Tinka) van Vuuren (Loyalis Kennis en Consult, Open Universiteit Nederland) / P.B. (Peter) Wulp (Arbeidsinspectie, Utrecht)

Dagelijks bestuur SBBV

P.E. (Pieter) Rodenburg, voorzitter (Arbo Unie Maastricht) / G.L. (Gerard) Hissink Muller, secretaris (ArboNed Amsterdam) / R.H.C.J. (Ronald) Mentink, penningmeester (Zicht op BETER Geldrop)

Redactiesecretariaat

Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten, t.a.v. Jose Huijden, tel: 030 – 638 3924, TBVredactie@bsl.nl

Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media, Lydia Nieuwendijk, tel: 030 – 638 3782; www.bsl.nl

Basisontwerp/vormgeving

Frederik Helfrich, Deventer

Advertenties

Advertentieverkoop: advertieren@bsl.nl, tel: 030 – 638 3603
Aanleveren van advertentiemateriaal kan via media.
marketing@bsl.nl, Sophie van Asperen, tel: 030 – 638 3714

Abonnementen

TBV verschijnt 10 keer per jaar. Abonnementprijs: (print + online toegang) € 137,00. Online-only abonnement (enkel online toegang) € 82,20. Studenten ontvangen 50% korting. Voor leden van de NVVG en NVAB geldt een ledenprijs; leden hebben gratis toegang tot TBV Online

Plus en daarmee online toegang tot de tijdschriften Jeugdgezondheidszorg (JGZ), Bijblijven en Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG) en ook tot geaccrediteerde e-learning modules. Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon: 030 – 638 3736. Bij wijziging van de tenaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact. Leden van NVAB, NVVG en WVV gelieve adreswijzigingen, aanmeldingen en opzeggingen door te geven aan het secretariaat van deze vereniging.

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden. Het overnemen en verspreiden van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.

www.bsl.nl

© 2016, Bohn Stafleu van Loghum



Bohn
Stafleu
van Loghum

mvw
media voor vak
& wetenschap

ISSN 0929-600X

Op zoek naar personeel in zorg & welzijn?

Kies voor het gespecialiseerde vacaturenetwerk
Medischebanenbank.nl

40%
direct verkeer

12.000
job alerts

85.000
bezoekers p/m



Ons vacaturenetwerk
bestaat uit

Skipr
koersbepalend in de zorg

ZORGVISIE

nursing

v&vn
Beroepsvereniging van zorgprofessionals

TvV

zorg+welzijn

ntvg | Nederlands
Tijdschrift
voor
Geneeskunde

H&W

MEDnet

FysioActueel

Hét vacatureplatform voor zorg & welzijn

- Uniek bereik binnen zorg & welzijn
- Nu nog krachtiger door uitbreiding met vacaturesites Zorgvisie, Nursing, TVV en Zorg+Welzijn
- Extra exposuremogelijkheden via vacaturevideo, job alerts en topjobs

Meer informatie? Ga naar **Medischebanenbank.nl/werkgevers**

Medische banenbank is een initiatief van

 **Bohn
Stafleu
van Loghum**

14^e TBV CONGRES

PROGNOSE:

Glazen bol of wetenschappelijk onderbouwde voorspelling?

De waarde van prognosestelling voor bedrijfs- en verzekeringsartsen

Woensdag 16 november 2016

Van der Valk Hotel Veenendaal

"In 2002 kreeg ik te horen dat ik een aandoening heb waardoor ik statistisch gezien nog 10 jaar te leven had. Dat was in 2002. Nu ben ik aan het rekenen geslagen en zo ben ik er achter gekomen dat statistisch gezien de kans dat ik 90 word aanmerkelijk groter is dan de kans dat ik nu al 3 jaar dood ben. Dat komt niet omdat de statistieken niet kloppen maar de medische wetenschap heeft in die 13 jaar bepaald niet stilgezeten."

Zo sprak Herman Finkers op de oudejaarsconference van 2015. En hij maakte een diepe buiging voor de medische wetenschap.....

Deze dag krijgt u antwoord op de vragen

- Welke bronnen zijn er waarop u zich kunt baseren zodat u een gefundeerd advies kunt geven?
- Is het gebruik van richtlijnen handig voor de opmaak van een duurzaam re-integratie advies?
- Evidence-based medicine als uitgangspunt: hoe begint u eraan?
- Stel dat uw prognose-inschatting onjuist blijkt: wat zijn dan de juridische consequenties?



Bohn
Stafleu
van Loghum

Inschrijven? Ga naar www.tbvcongres.nl